

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 1 heure

PAR

Henri MAUGERY*Né à Wassy (Haute-Marne), le 13 février 1870.*

ANCIEN INTERNE PROVISoire DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

MÉDAILLE DE BRONZE DES ÉPIDÉMIES. (Typhus, 1893)

PRÉPARATEUR AUX TRAVAUX PRATIQUES D'HISTOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLEURÉSIES PURULENTES LATENTES

L'ABCÈS FROID DE LA PLEÛRE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

CHANTEMESSE, Professeur

Juges : MM. / THIROLOIX, Agrégé.

/ DUPRÉ, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 1 heure

PAR

Henri MAUGERY*Né à Wassy (Haute-Marne), le 13 février 1870.*

ANCIEN INTERNE PROVISoire DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

MÉDAILLE DE BRONZE DES ÉPIDÉMIES. (Typhus, 1893)

PRÉPARATEUR AUX TRAVAUX PRATIQUES D'HISTOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLEURÉSIES PURULENTES LATENTES

L'ABOÈS FROID DE LA PNEUMONIE

*Président : M. DEBOVE, Professeur.**Juges : MM. } CHANTEMESSE, Professeur**THIROLOIX, Agrégé.**DUPRÉ, Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

Faible témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TAPRET

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR LEGROUX

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS DUGUET, LANCEREAUX,
CHAMPETIER de RIBES,
CHARPENTIER, VARIOT, THIROLOIX

A MES CHEFS

DU LABORATOIRE DES TRAVAUX PRATIQUES D'HISTOLOGIE

M. le DOCTEUR RÉMY, Professeur agrégé
et M. le DOCTEUR RETTERER, Professeur agrégé

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

INTRODUCTION

J'ai eu l'occasion d'observer dans le service de mon maître, M. le docteur Tapret, trois malades chez lesquels une collection purulente pleurale présenta par le début, par la marche et par la terminaison, des caractères absolument identiques.

La thoracentèse qui fut pratiquée dans ces trois cas, prouva qu'il s'agissait de pyothorax tuberculeux latent et ce seul mode de traitement, amena une guérison relativement rapide de ces malades. Cette guérison s'est maintenue comme j'ai pu m'en assurer tout récemment encore.

Pendant longtemps on a confondu sous la dénomination de pleurésie latente, et les pleurésies chyleuses, et les diverses variétés d'empyème tuberculeux.

Des travaux récents nous obligent à écarter d'emblée du cadre de notre sujet, les épanchements chyleux, puisque nous dit Milian (Th., Paris, 1899) « on doit soupçonner la présence de sporozoaires chaque fois qu'on se trouve en présence d'un exsudat crémeux ou lactescent. C'est là en effet une lésion constante des affections locales à sporozoaires, et peut-être la question chyliforme pourrait-elle bénéficier de recherches dans ce sens. »

D'autre part, les pleurésies purulentes tuberculeuses sont susceptibles de formes cliniques variées.

Je me bornerai à étudier ici l'empyème tuberculeux proprement dit, constitué par des collections puriformes qui résultent de la fonte régressive de dépôts tuberculeux et que, pour cette raison, on a si bien dénommé abcès froid pleural. (Courtois-Suffit.)

Un exposé de faits anatomo-pathologiques, une série de faits cliniques, telles sont les deux parties de ce travail.

La première a pour introduction naturelle un résumé de l'histologie normale de la plèvre.

La deuxième a pour conclusion l'exposé des méthodes thérapeutiques qu'il convient de mettre en œuvre en présence de l'abcès froid de la plèvre.

Mais avant de pénétrer dans notre sujet nous sommes heureux de pouvoir remercier ici les maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

En inscrivant en tête de ce travail le nom de mon vénéré maître M. le Docteur Tapret, j'ai voulu acquitter, dans la faible mesure de mes moyens, une dette de reconnaissance contractée depuis longtemps déjà envers lui. Dès le début de nos études, il n'a cessé de nous soutenir de ses excellents conseils, tout en nous prodiguant les marques d'une véritable affection. Qu'il veuille bien agréer l'assurance de notre respectueuse gratitude.

Nous avons été pendant un an l'externe de M. le Docteur Champelier de Ribes à la Maternité de l'hôpital Tenon, nous lui sommes profondément reconnaissant de ses excellentes leçons et des marques d'intérêt qu'il nous a témoignées.

Que nos autres maîtres dans les hôpitaux, MM. les docteurs Charpentier, Duguët, Lancereaux, Variot, Thirolloix veuillent bien accepter nos remerciements les plus sincères.

Nous adressons un respectueux souvenir à la mémoire du Docteur Legroux. Il a fait plus que nous initiér à la clinique infantile, il nous a donné de nombreuses marques de sympathie pendant l'année que nous avons eu le bonheur de passer dans son service.

Qu'il nous soit aussi permis de remercier nos chefs du Laboratoire des Travaux pratiques d'histologie, MM. les Professeurs agrégés Rémy et Retterer de l'intérêt, de l'estime et de l'amitié qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

Enfin, que M. le Professeur Debove qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien croire à l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

Le nom d'abcès froid pleural est de date récente. Nous le trouvons employé par Kelsch et Vaillard, dans leur remarquable travail sur la nature de la pleurésie, publié dans les *Archives de physiologie* de juin 1886.

Un an plus tard, dans une communication à la Société de médecine de Nancy, M. Spillmann lisant l'observation d'un malade atteint de pleurésie purulente apyrétique, conclut ainsi : « appelée récemment pleurésie purulente latente il conviendrait de la désigner sous le nom d'abcès froid pleural, en raison de son analogie comme évolution avec les abcès froids, que presque tout le monde considère aujourd'hui comme des manifestations de tuberculose locale ». Depuis le nom d'abcès froid pleural, quoique cité par la plupart des auteurs, n'a pas prévalu : il s'est confondu avec le nom générique de pleurésie latente qui désigne toutes les pleurésies ayant les signes physique des épanchements thoraciques, mais ne s'accompagnant pas de fièvre. Nous passerons donc une revue rapide des principaux travaux ayant trait à des pleurésies susceptibles d'être rapportées à l'abcès froid de la plèvre.

En 1853, Aran publie dans l'*Union médicale*, trois observations d'une pleurésie avec épanchement purulent abon-

dant datant de 16 à 18 mois. Ces pleurésies furent traitées avec succès par la thoracentèse et les injections iodées.

Bazin dans ses Leçons sur la scrofule, 2^e éd. 1861, prévoit la distinction qu'on établira plus tard, et décrit une pleurésie scrofuleuse dont les symptômes sont moins intenses, la marche insidieuse et la durée plus longue.

Damaschino en 1869, dans sa thèse d'agrégation, étudie les pleurésies purulentes et parmi les pleurésies purulentes tuberculeuses, établit deux catégories bien distinctes : ou bien l'épanchement est le résultat de l'ouverture d'une caverne dans la plèvre, ce n'est alors qu'un phénomène ultime et le pronostic est fatal, ou bien au contraire, il peut se développer dans le cours d'une tuberculose peu avancée tout en étant sous sa dépendance ; et parmi les formes primitivement chroniques « ce sont surtout les pleurésies tuberculeuses et peut-être scrofuleuses qui sont latentes. » Ces cas s'accompagnent de troubles fonctionnels peu accusés, parfois même ces troubles sont nuls. Le malade est souvent dans l'impossibilité de pouvoir préciser le commencement de son affection. Ceux-là peuvent guérir « il faut alors, nous dit Damaschino, considérer l'état général de l'individu, la plus ou moins grande détérioration de sa santé, mais il ne serait pas toujours vrai de dire que la présence de tubercules, dans l'un ou l'autre poumon, aggrave nécessairement le pronostic de la pleurésie purulente. Le sujet atteint est en danger, parce que la pleurésie récidivera sans doute et parce qu'il succombera plus tard aux progrès de la phtisie. Mais ce dernier fait lui-même, qui vient, dans bon nombre de cas, démontrer plus tard que des pleurésies purulentes guéries et pour cette raison supposées simples n'étaient qu'une manifestation de la diathèse tuberculeuse, prouve bien que la pleurésie purulente n'offre pas une gravité

exceptionnelle chez les tuberculeux dont la santé générale est peu atteinte.

Il existe même un fait où la mort étant survenue quelques années plus tard à la suite d'une maladie intercurrente, on trouva dans le poulmon des tubercules crétaeés, le malade aurait donc guéri et de ses tubercules et de sa pleurésie. »

En 1872, Guéneau de Mussy, dans ses cliniques médicales, t. I, au chapitre de la Thoracocentèse dans les épanchements pleuraux anciens, relate deux observations dans lesquelles le pus s'était transformé en une émulsion de matières grasses. Elles doivent être rapportées à des pleurésies chyieuses et par conséquent doivent être distraites de l'abcès froid pleural qui nous occupe.

Nous trouvons dans la thèse de Favre, 1873, un cas de pleurésie purulente dans laquelle on pratiqua quatre thoracocentèses et qui fut suivi de guérison.

Barié, dans le *Progrès médical*, rapporte en 1875 une observation des plus intéressantes que nous relaterons en temps et lieux.

Puis, c'est la thèse de Sainton, Paris 1881, consacrée à l'étude d'une variété latente et bénigne d'empyème. Dans ce travail, on trouve, entre autres, deux observations personnelles qui semblent se rapporter à un véritable abcès froid. L'un de ces deux épanchements se développe chez un malade déjà porteur d'abcès tuberculeux.

Kelsch et Vaillard, en 1886, rapprochent dans leur mémoire, l'abcès froid pleural de l'abcès froid sous-cutané. Sans vouloir dire avec ces auteurs que toute pleurésie est forcément fonction de tuberculose (car il est établi que nombre de micro-organismes peuvent être les facteurs de pleurésies séreuses ou purulentes), il est intéressant de constater que dans certains cas la pleurésie suppurée se

comporte comme un abcès froid vulgaire. Anatomiquement, la plèvre revêtue d'une membrane tuberculeuse se détruit dans ses parties les plus internes et se régénère dans ses parties périphériques, tout comme dans l'abcès froid. Cliniquement, l'identité est complète; elle a, disent ces auteurs, été vérifiée d'une manière très saisissante dans l'observation XIII, où un abcès froid thoracique coexistait avec l'abcès pleural.

M. le professeur Debove, en 1887, fait connaître à la Société médicale des hôpitaux trois observations qu'on trouvera *in extenso* à la suite de ce travail et la même année, Desplats, de Lille, fait présenter par M. Debove une observation du même genre.

En 1889, Vaté, sous l'inspiration de M. Spillmann, consacre sa thèse inaugurale à la pleurésie purulente latente. Il englobe dans son travail et les abcès froids proprement dits et les épanchements chyliformes étudiés par M. Debove, M^{me} Perrée, par Bouveret, etc.

Enfin, ces temps derniers, M. Béchère a publié dans les *Annales de la Société médicale des hôpitaux* deux cas qui démontrent la possibilité de guérison de l'abcès froid pleural à la suite de simples ponctions et sans ouverture large de la plaie.

LA PLÈVRE NORMALE ET SES RÉACTIONS HISTOLOGIQUES VIS-A-VIS DE L'INFLAMMATION

Pour l'embryologiste, la plèvre représente la partie supérieure de la grande cavité pleuro-péritonéale scindée en cavité pleuro-péricardique et en cavité péritonéale du fait du développement du diaphragme. On sait que les canaux de Cuvier, en abordant le cœur, déterminent la séparation de la séreuse pleuro-péricardique en trois parties : l'une impaire, médiane, qui constituera le péricarde ; les deux autres, paires, latérales, formeront les plèvres.

Pour l'anatomiste, les plèvres forment un sac clos ; ce sac, les poumons le refoulent sans pénétrer dans sa cavité. Ils déterminent donc dans les plèvres la formation de deux feuillets, l'un viscéral, l'autre pariétal. Celui-là entre en rapport avec le poumon, celui-ci est en connexion avec la paroi thoracique, le diaphragme, les organes du médiastin.

Mais l'histologie, en nous révélant la structure des plèvres, vient montrer que les deux feuillets pleuraux ont une constitution identique, à des détails insignifiants près. Cette constitution est en somme celle de toutes les séreuses, et les recherches d'histologie expérimentale ont confirmé cette manière de voir. Les séreuses qu'elles qu'elles soient,

se comportent en effet de façon identique vis-à-vis des processus inflammatoires dont elles peuvent devenir le siège.

Un endothélium, un stroma conjonctif, telles sont les deux parties fondamentales de la plèvre. Étudions donc chacune de ces parties.

1° *Endothélium*. — L'endothélium, d'origine mésodermique, est constitué, comme tous ses pareils, par une assise de cellules.

Ces cellules épaissies de un μ , larges de 30 à 60 μ , sont aplaties, et sur les coupes, elles ne se révèlent guère que par la saillie que détermine dans le corps cellulaire, la présence de noyaux ovalaires plus ou moins aplatis.

Les imprégnations obtenues avec les sels d'argent sur la séreuse étendue et exposée au soleil, ont montré que les cellules endothéliales sont polymorphes. Le plus souvent, elles se montrent comme des polygones, à contours rectilignes, munis de quatre à six pans. Mais parfois, les côtés de la cellule sont plus ou moins onduleux ; le contour de l'élément devient alors plus ou moins arrondi ; il est parfois absolument irrégulier.

Un noyau unique individualise en général chaque corps cellulaire, mais chez les jeunes sujets, Ranvier a montré que l'endothélium de la grande cavité pleuro-péritonéale était souvent porteur de deux noyaux. D'autres fois on observe, de chaque côté de la ligne de ciment, et à égale distance de cette ligne, la présence de noyaux « géminés » disposés comme dans les cellules fixes des tendons. Ce sont là des preuves indiscutables de la prolifération de l'endothélium pleuro-péritonéal.

Noyaux et corps cellulaires peuvent subir des variations morphologiques qui sont fonction de l'état du poumon sous-

jacent. Le poumon s'est-il distendu ? la cellule endothéliale s'étale et s'amincit. Le poumon revient-il sur lui-même ? l'endothélium se rétracte et s'épaissit. Pareilles modifications s'observent dans l'endothélium vasculaire, selon qu'on fixe les vaisseaux sanguins à l'état de distension ou à l'état de rétraction (Renaut).

Examinons maintenant la structure fixe de la cellule endothéliale. Cette cellule est formée de deux portions. Elle comprend :

1° Une cuticule dont le nitrate d'argent marque bien le pourtour. Cette cuticulè anhiste, transparente, non figurée représente une élaboration cellulaire, une membrane d'enveloppe partielle, analogue aux plateaux, aux membranes basales.

2° Au-dessous de la cuticule, s'étale une nappe de protoplasma granuleux, munie de noyaux. Cette nappe présente profondément des expansions ramifiées, qui s'anastomosent non seulement lorsqu'elles sont originaires d'une même cellule, mais encore quand elles proviennent de cellules voisines. L'endothélium pleural, comme l'endothélium péritonéal, comme l'endothélium vasculaire, représente donc un plasmode, un syncytium, c'est-à-dire une nappe protoplasmique munie de noyaux.

Un dernier détail mérite d'être signalé : c'est la présence des stomates. Dybkowsky, puis Recklinghausen, Edmausen en dernier lieu, ont signalé, au milieu des cellules endothéliales, la présence de stomates de forme variée. Ce sont tantôt des solutions de continuité arrondies ou triangulaires, tantôt de simples fentes, autour desquelles les cellules endothéliales sont disposées en séries rayonnantes. Ces stomates feraient communiquer les vaisseaux lymphatiques de la plèvre avec la cavité pleurale. Disons ici que de pareilles

communications ont été signalées sur les diverses parties de la grande cavité pleuro-péricardo-péritonéale.

Le péritoine, le centre phrénique du diaphragme sont porteurs de pareils stomates, et sur le péricarde lui-même, Renaut de Lyon a signalé la présence de points lymphatiques au niveau desquels s'effectuerait le passage des leucocytes qui sortent du cœur et gagnent la cavité péricardique ou vice-versa.

2° *Stroma*. — Le chorion pleural sous-jacent à l'endothélium, présente de grandes variations dans son épaisseur. Cette épaisseur varie de 50 à 140 μ selon les points considérés. Le stroma est surtout épais au niveau du feuillet pariétal, et il atteint son étendue maxima au niveau de la région costale.

Comme tout chorion, il est formé de tissu conjonctif, formé lui-même de cellules et de fibres conjonctives et élastiques. Ces fibres représentent vraisemblablement une élaboration des cellules fixes situées à la surface des fibres et des faisceaux de fibres.

Ces cellules fixes sont aplaties, étoilées, anastomosées et ne présentent ici aucun caractère spécial.

Les fibrilles conjonctives sont réparties en faisceaux orientés de tous sens.

Quant aux fibres élastiques, elles sont remarquables par leur développement. On les met facilement en évidence avec les colorations à l'éosine suivies de décoloration avec la potasse, avec l'orcéine employée suivant les méthodes classiques. Elles se montrent très nombreuses à la face profonde de la plèvre dont elles marquent la limite. On les trouve surtout sur le feuillet pariétal, sous la forme d'un réseau fenêtré, dont les cordons sont reliés par des membranes intercordinales. Il y a là un aspect qui rappelle de

loin les lames conjonctives qu'on retrouve aux points de bifurcation des conduits biliaires.

A ces éléments s'ajoutent :

1° Une substance amorphe, intercellulaire, située entre les faisceaux conjonctifs, analogue à la substance dont Ranvier a montré l'existence au niveau du mésentère.

2° des nappes de pigment. Ce pigment ne se retrouve guère qu'à partir de la puberté. Son origine est vraisemblablement double. Il représente tantôt un dépôt de mélanine, provenant de la matière colorante du sang, tantôt un dépôt de charbon, provenant de la pénétration dans le tissu pulmonaire, des particules de charbon apportées par l'air inspiré (anthracose).

Enfin, dans la plèvre, comme dans tout organe, on note la présence de vaisseaux et de nerfs.

Les vaisseaux sanguins forment des réseaux qui, sous la plèvre viscérale, s'anastomosent avec les réseaux pulmonaires et qui, dans la plèvre pariétale, entrent en connexion avec les vaisseaux de la paroi thoracique.

Dybkowsky a donné, en 1867, une description des vaisseaux lymphatiques qui règne encore aujourd'hui dans la science. Il distingue deux réseaux lymphatiques : 1° Le premier de ces réseaux, qu'il qualifie d'intra-séreux, fait suite aux stomates ; c'est donc un réseau ouvert sur divers points de son étendue ; 2° Le second de ces réseaux est sous-séreux ; il s'anastomose avec le réseau intra-séreux à l'aide de branches obliques ou verticales ; il se rend, en partie aux lymphatiques échelonnés le long de l'artère mammaire interne, en partie aux lymphatiques échelonnés de chaque côté du rachis.

Ludwig, Schweigger-Seidel ont décrit des sinus lymphatiques au niveau de la plèvre diaphragmatique.

Bizzozzero et Salvioli, qui ont repris l'étude des vaisseaux lymphatiques de la plèvre, ont décrit, comme Dybkowsky, un réseau lacunaire intra-séreux et un réseau sous-séreux. De plus, sur la plèvre pulmonaire, on observe deux réseaux : l'un superficiel, l'autre profond, celui-là fait de vaisseaux fins et serrés, celui-ci de vaisseaux largement espacés et munis de bosselures.

Ces deux réseaux communiquent entre eux; ils communiquent également avec les lymphatiques pulmonaires.

Kölliker a décrit les nerfs de la plèvre; il a vu sur le feuillet viscéral des rameaux nerveux atteignant jusqu'à 73 millimètres. Ces rameaux présentent, de loin en loin, des cellules ganglionnaires. De nouvelles recherches sont nécessaires, pour fixer le mode de terminaison des tubes nerveux dans les diverses parties constituant de la plèvre.

La plèvre, dont nous venons d'exposer la structure, ne garde pas toujours la fixité morphologique qui permet d'en donner un schéma. Elle est capable de subir des variations, soit au cours du développement, soit au cours de divers processus pathologiques.

C'est ainsi que chez les Solipèdes, la plèvre médiastine est fenêtrée et réticulée à la façon du grand épiploon et comme les deux plèvres médiastines s'accolent sur une partie de leur étendue, il en résulte que les deux cavités pleurales sont inter-communicantes, que la pleurésie du cheval est toujours bilatérale.

Les travaux récents entrepris sur l'inflammation expérimentale des séreuses (Cornil et Ranvier, Toupet, Cornil et R. Marié-Vermorel, etc.) nous ont bien montré les aptitudes réactionnelles des séreuses et de leur endothélium en particulier.

Les premières recherches entreprises sur le sujet ont

porté sur le péritoine. Quelques gouttes de nitrate d'argent injectées dans la séreuse déterminaient, à côté de phénomènes nécrosiques, un processus d'inflammation, puis de réparation dont l'endothélium et la fibrine étaient les principaux agents.

L'endothélium, qui résiste à l'excitant chimique, se tuméfie; de plat qu'il était, il devient plus ou moins globuleux; parfois même, il simule une cellule à pied effilé, cellule de forme conique. Le pied de l'élément peut se séparer des tissus sous-jacents : voilà l'endothélium mobilisé, qui va ramper à la surface des travées de fibrine, s'en nourrir et former là le squelette d'une cicatrice. En effet, l'endothélium mobilisé se multiplie, envoie des expansions en tous sens; ces expansions s'anastomosent avec celles des cellules endothéliales voisines, fixes ou mobilisées. Elles déterminent la formation d'un réseau protoplasmique dont les mailles sont occupées par la fibrine. La fibrine n'aura plus qu'à disparaître, les fibrilles conjonctives à s'élaborer, les vaisseaux à apparaître; puis les éléments fixes deviendront de moins en moins nombreux, les fibrilles, bien au contraire, augmentent de nombre et deviennent de plus en plus denses; l'endothélium péritonéal récupère la forme aplatie qu'on lui connaît à l'état normal.

Ce processus étudié par Cornil et Ranvier, par Toupet se retrouve intégralement au niveau de la plèvre. Le professeur Cornil en pratiquant des cautérisations de la plèvre, en déterminant les formations d'adhérences pleurales, a pu suivre pas à pas un processus histologique inflammatoire en en tout point parallèle à celui que nous venons de rappeler. Et si nous rapprochons de ces faits cette notion que le péricarde du vieillard, souvent altéré, présente un endothélium cubique, si nous nous rappelons encore que l'endo-

thélium vasculaire se comporte vis-à-vis des caillots fibrineux arrêtés à son niveau comme l'endothélium péritonéal vis-à-vis de la nappe de fibrine répandue à sa surface, nous en concluons :

1° Que les réactions des séreuses vis-à-vis de l'inflammation sont identiques. Et cela ne doit point nous étonner, étant donnée l'origine commune des trois grandes séreuses de l'économie : le péritoine, la plèvre, le péricarde.

2° De plus, les faits que nous venons d'exposer nous conduisent à cette notion fondamentale : l'équivalence des cellules fixes mésodermiques, quelles qu'elles soient.

On a beaucoup parlé dans ces derniers temps de l'équivalence morphologique et réactionnelle de l'endothélium des séreuses et des cellules fixes du tissu conjonctif. Mais ce n'est là qu'un cas particulier. L'équivalence s'étend, avons-nous dit, à toutes les cellules mésodermiques. Nous n'en voulons pour preuve que les faits suivants, empruntés aux diverses branches de la biologie.

L'embryologie nous apprend que le revêtement interne de l'appareil génito-urinaire (vessie, utérus) est d'origine mésodermique aussi bien que le tissu conjonctif qui forme le support de cet épithélium.

Vienne alors une desquamation épithéliale, pour prendre un exemple précis, vienne la perte de substance qui se produit dans l'utérus à la suite de la délivrance. En pareil cas, comme nous l'a appris le professeur Mathias Duval, la régénération de l'épithélium utérin se produit aux dépens des cellules fixes du chorion.

En étudiant le développement des cavités articulaires, M. Retterer a montré que la cavité articulaire était représentée au début par un tissu conjonctif plein. Dans ce tissu conjonctif, apparaissent des vacuoles qui limitent un

réseau de cellules fixes étoilées et anastomosées ; les vacuoles grandissent de plus en plus et des cellules de plus en plus rares occupent la cavité articulaire. Elles finissent par disparaître, sauf au niveau des points où plus tard sera située la synoviale. La cellule conjonctive se transforme donc en endothélium synovial. Il y a donc équivalence entre celle-ci et celle-là.

Un nouvel argument est apporté par la physiologie en faveur de cette manière de voir. Lorsqu'on dépose du sang ou de la myéline (obtenue à l'aide d'un nerf dissocié et pilé dans un mortier) à la surface d'une séreuse ou en plein tissu conjonctif sous-cutané, la résorption du sang ou de la myéline se produit dans les mêmes conditions et par le même procédé, au niveau des deux ordres de cellules, la cellule fixe et l'endothélium péritonéal.

Ces faits de développement, d'histogénèse, de physiologie viennent donc affirmer encore la notion d'équivalence des cellules mésodermiques, notion qu'à elle seule l'histologie expérimentale avait déjà suffisamment établie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'abcès froid de la plèvre comprend l'étude successive de l'épanchement et de la paroi qui le produit.

1° *Epanchement pleural*. — Il se montre avec des caractères variables en rapport avec la période d'évolution de l'abcès froid. Qu'il soit séro-fibrineux ou hémorrhagique au début de la maladie, son volume est des plus restreints, ce qui en fait méconnaître la présence. Peu à peu, il devient séro-purulent et se caractérise par un liquide d'aspect plus ou moins transparent donnant au fond du vase où on le conserve un dépôt purulent de couleur jaunâtre.

En même temps que son volume s'accroît, il passe à la purulence franchie; souvent, d'ailleurs, l'épanchement est purulent d'emblée. Il est alors fort semblable à celui des abcès tuberculeux. C'est un liquide sans odeur, trouble, de couleur jaune verdâtre, au milieu duquel flottent des flocons de pus. Sa quantité varie de 1 à 3 litres et même plus, en produisant alors sur les organes voisins des déplacements importants que nous étudierons ultérieurement.

Enfin, l'absence d'exsudats fibrineux a été signalée dans les épanchements pleuraux d'origine tuberculeuse.

L'examen macroscopique est, en somme, très insuffisant à nous renseigner sur les diverses propriétés du liquide de l'abcès froid de la plèvre. On doit donc en poursuivre l'étude d'abord par l'examen microscopique, puis par l'ensemencement du pus sur les milieux de culture appropriés.

Il est inutile de rappeler ici le procédé de recherche du bacille de la tuberculose dont la technique est d'un usage courant. Par l'examen bactériologique du pus sur lamelle, tantôt on décelle le bacille qui est souvent plus petit que celui que l'on trouve dans les crachats de tuberculeux, tantôt, au contraire, la recherche est négative.

Cette absence même de microbes serait pour Frænkel un signe certain de la nature tuberculeuse de l'épanchement. Les bacilles existent, mais ils sont à l'état de spores, et, par conséquent, d'une recherche des plus épineuses. Des constatations analogues avaient été faites successivement par Rosenbach et Garré pour le pus des abcès froids. « Garré, dans trente cas d'abcès froid, ne trouve que très exceptionnellement les bacilles de Koch, dans le pus ou dans les masses caséeuses provenant de ganglions lymphatiques ».

Toutefois, Ehrlich et Strauss se sont élevés contre de pareilles assertions.

Dès 1888, Ehrlich déclare que dans tous les cas d'empyème tuberculeux examinés par lui, il a pu mettre en évidence le bacille de la tuberculose. Sans doute, les bacilles étaient parfois en petit nombre, il fallait, pour les observer, examiner longuement un grand nombre de préparations, mais Ehrlich le répète, il a constamment coloré l'agent infectieux.

Dans six cas qui lui sont personnels, Strauss a pu constater cinq fois la présence du bacille de Koch ; mais

il a dû faire preuve de patience et de soins et faire bouillir à plusieurs reprises dans le liquide de Ziehl, les lamelles chargées de pus : « Aussi, dit-il, le succès de la recherche est subordonné à l'habitude technique et à la patience de l'observateur. »

L'ensemencement sur sérum sanguin, liquide ou gélatinisé, ne donne que rarement de bons résultats. Le plus souvent, le tube reste stérile ou donne des colonies de micro-organismes divers. Il n'y a pas lieu de s'étonner d'un pareil résultat. On sait combien il est difficile, par les procédés ordinaires, d'obtenir des cultures directes de tuberculose humaine.

C'est encore l'inoculation aux animaux et surtout aux cobayes, véritable réactif de la tuberculose, qui fournit les meilleures indications pour la diagnose d'un épanchement purulent.

« Trois à six semaines après l'injection de pus tuberculeux dans le péritoine, le cobaye meurt et présente des lésions anotomo-pathologiques assez nettes et assez généralisées pour permettre un diagnostic ferme de tuberculose. C'est ainsi que Garré, qui n'avait pas trouvé de bacilles sur les lamelles, communiqua constamment la tuberculose en injectant même de très faibles doses, 50 centigrammes à 1 gramme de produits tuberculeux.

Toutefois, les résultats de la méthode d'inoculation ne sont pas toujours constants. Deux fois sur quatre, Kelsch et Vaillard ont vu échouer leurs injections. M. Netter a noté un échec du même ordre. Strauss, au contraire, a constamment obtenu la tuberculisation du cobaye inoculé avec des produits d'empyème tuberculeux.

2° *Lésions pleurales.* — Au début, la plèvre est congestionnée et bientôt apparaissent des lésions caractéristiques.

Ces lésions prédominent sur le feuillet pariétal : tantôt elles sont primitives et le poumon est indemne de toute localisation tuberculeuse, tantôt, au contraire, comme Lépine l'a signalé un des premiers, on voit chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire la plèvre pariétale se prendre juste en regard d'une lésion tuberculeuse, localisée sur le feuillet viscéral. Il y a là une véritable infection de voisinage, une véritable greffe de bacilles de Koch.

La plèvre s'épaissit au point de mesurer 7 à 8 millimètres, d'atteindre même, en certains cas, 3 et 4 centimètres. Sa surface interne est parfois lisse; plus souvent anfractueuse; elle devient pâle, blanchâtre du fait de sa faible vascularité. Elle présente un aspect lardacé et paraît semée de petits foyers tuberculeux de couleur grise ou jaunâtre. Puis, la surface de la plèvre se revêt d'une nappe caséeuse dont la fonte purulente augmente graduellement le volume de l'épanchement.

Examinons maintenant les lésions histologiques qu'on observe parallèlement à l'évolution macroscopique dont nous venons d'indiquer les caractères.

Tout à fait au début, là où l'on note de petits foyers gris ou jaunes semés dans l'épaisseur de la plèvre on peut observer des follicules tuberculeux typiques. « Ils sont formés de cellules géantes entourés par une couronne de cellules épithéloïdes et tout à fait à la périphérie par un manchon de cellules embryonnaires. C'est comme on voit absolument la même structure que dans la paroi d'un abcès froid » (Netter).

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur cette parenté morphologique.

Une fois l'abcès froid constitué, la plèvre viscérale subit comme la plèvre pariétale d'importantes modifications.

La coupe de la plèvre viscérale présente en allant de la cavité pleurale vers le poumon :

1° Une couche caséuse ;

2° Une néo-membrane.

La couche caséuse d'épaisseur variable, forme une écorce qui peut se détacher en bloc de la néo-membrane sous-jacente. Elle est formée d'une masse amorphe qui retient de façon énergique les matières colorantes telles que l'hématoxyline. On y trouve des cellules mortes et des débris nucléaires. Cette masse caséuse envoie de loin en loin des bourgeons qui font saillie dans la néo-membrane, mais qui restent toujours en continuité avec la zone caséuse superficielle.

2° La néo-membrane est de nature fibreuse. Elle est souvent fort épaisse. Elle est irriguée par des vaisseaux de petite taille qui s'arrêtent à quelque distance de la couche caséuse, c'est toujours autour des vaisseaux qu'on constate l'agglomération de leucocytes, simulant les nodules inflammatoires.

Ajoutons que les cellules géantes sont rares dans la néo-membrane. Au-dessous d'elle s'étale le tissu pulmonaire, tantôt sain, tantôt tuberculeux, ou atteint de pneumonie chronique.

La plèvre pariétale présente des caractères qui, jusqu'à un certain point, sont l'inverse de ceux qu'on observe dans la plèvre viscérale. C'est ainsi que la couche caséuse loin de former une écorce épaisse, constitue une nappe des plus minces. En revanche la néo-membrane sous-jacente est autrement épaisse que sur la plèvre viscérale. Le tissu fibreux pleural est très développé. On y trouve, ça et là, des blocs caséux qui sont toujours en continuité avec l'étroite nappe caséuse superficielle.

Quant à la suite des ponctions, la zone caséuse s'est plus ou moins liquéfiée, elle se détache et finalement on peut

observer la formation d'adhérences entre les néo-membranes des deux feuillets pleuraux.

L'évolution de ces adhérences a été bien étudiée dans les pleurésies fibrineuses, qui diffèrent de l'abcès froid pleural en ce que la zone caséuse fait défaut et se trouve remplacée par une couche plus ou moins épaisse de fibrine. Dans cette fibrine pénètrent les cellules du revêtement pleural qui se sont modifiées de façon à former de grandes cellules fixes, étoilées, anastomosées. Une partie de ces cellules fera retour au type endothélial, et constituera le revêtement endothélial des adhérences, le reste élaborera des fibrilles conjonctives. Finalement on assiste à l'élaboration d'adhérences pleines revêtues d'endothélium, et c'est à travers ces adhérences que se feront les communications vasculaires, établies entre les deux feuillets pleuraux.

Il peut arriver que les adhérences subissent une véritable fenestration, si bien que la plèvre se répartit en plusieurs loges intercommunicantes, ce qui rétablit l'unité de la cavité.

D'autres fois un tissu de cicatrice fibreux réunit et accole les deux néo-membranes, tendant à englober les foyers caséux.

En pareil cas, il se forme des kystes situés tantôt dans la plèvre, tantôt en pleines adhérences.

Les kystes ont des parois dures, résistantes, leur surface interne est lisse, le contenu est formé par une masse caséuse renfermant des bacilles et des cellules nécrosées. Autour de ce magma s'ordonnent des faisceaux fibreux concentriques à la surface desquels on trouve des cellules fixes. On n'observe pas de cellules géantes dans la paroi de ces kystes caséux. Outre la formation de kystes caséux étudiés par Cruveilhier et Lancereaux, outre la transforma-

tion fibreuse, on peut encore observer la transformation crélacée de la plèvre, qui, elle aussi est un des modes de guérison de l'abcès froid pleural.

Il ne sera pas sans intérêt d'examiner maintenant les caractères communs que présentent l'abcès froid de la plèvre et la gomme tuberculeuse développée, par exemple, dans le pannicule graisseux sous-cutané ou dans les gaines synoviales.

Les gommes et synovites tuberculeuses présentent à leur période de ramollissement un dépôt central constitué par une matière jaunâtre tenant en suspension des grumeaux floconneux.

La paroi, lisse ou irrégulière est formée de tissu conjonctif infiltré de follicules tuberculeux et tandis que l'abcès croît par le fait de la dégénérescence de ses couches internes, on observe parallèlement à cette fonte caséuse l'envahissement tuberculeux des tissus environnants. Dans leur évolution, l'abcès froid sous-cutané et l'abcès froid de la plèvre sont aussi comparables. La cavité peut se vider, les parois se rapprocher, puis se rétracter; d'autres fois on observe une transformation kystique ou encore les phénomènes d'infiltration calcaire. Enfin la constatation possible du bacille dans ces deux manifestations de la tuberculose irait encore apporter un argument en faveur de l'analogie de ces deux ordres de lésions.

TABLEAU DE LA MALADIE

Ecrire l'*Etiologie* de l'abcès froid, serait rééditer ce que tous les auteurs ont écrit à propos de la tuberculose pulmonaire, sur l'étiologie de laquelle nous sommes aujourd'hui complètement fixés. On sait quelles causes prédisposantes il faut faire entrer en ligne de compte, on connaît également la cause déterminante, qui est le bacille de Koch. Quand au mode d'apport du microbe, il est vraisemblable qu'il se fait de deux façons : par effraction ou par voie leucocytaire.

« Les leucocytes s'infectent à des foyers antérieurs, déterminés eux-mêmes par une porte d'entrée quelconque (voie aérienne, sanguine, lymphatique). Dans les pleurésies tuberculeuses, où l'autopsie démontre l'absence d'autres foyers tuberculeux, on doit admettre une infection aérienne et un transfert de bacilles dans la cavité pleurale, par l'intermédiaire des leucocytes et spécialement des cellules à poussières. Le transfert se fait sans laisser de traces du passage dans les cavités alvéolaires. Les bacilles tuberculeux une fois leur pénétration effectuée dans la séreuse, y cultivent et deviennent la cause de réactions organiques diverses qui tendent à les détruire ou à les rendre inoffensifs. La nature de ces réactions qui constituent les différentes formes de

pleurésies tuberculeuses, dépend essentiellement de deux facteurs ; des bacilles eux-mêmes de l'organisme infecté. Les causes qui font varier l'infection sont la quantité des bacilles, leur virulence particulière. » (1).

En ce qui regarde les causes prédisposantes, particulières à l'abcès froid pleural, nous sommes encore réduits à des conjectures. Nous nous bornerons donc à mettre en relief les quelques faits étiologiques qui nous sont fournis par l'étude des observations.

Rare dans l'enfance, l'abcès froid pleural est une affection qui s'observe surtout de 20 à 40 ans et montre une préférence très marquée pour le sexe masculin. La profession ne paraît pas devoir jouer un rôle dans l'étiologie de la maladie.

L'abcès froid de la plèvre affecte la plupart du temps des individus en apparence bien portants ; parfois, nous dit Strauss, ces individus n'éveillent pas le soupçon de tuberculose pulmonaire, qui n'est pas perceptible pendant toute la vie malgré la durée extrêmement longue de l'empyème, chez d'autres la tuberculose a donné lieu déjà à quelques manifestations récentes, pulmonaire ou locales.

Il est très difficile de fixer l'instant précis du début de l'épanchement, étant donné que dans les observations que nous avons pu recueillir, un laps de temps considérable s'était écoulé entre les premières manifestations morbides et l'examen des malades. Souvent même « c'est à l'occasion d'une affection sans aucun rapport avec la pleurésie que le sujet consulte le médecin et que celui-ci trouve tous

(1) PÉRON. *Thèse*, Paris. 1896.

(2) STRAUSS, *Tuberculose et son bacille*, p. 712.

les signes d'un épanchement considérable, élargissant la poitrine, déplaçant le cœur, le foie, etc... » (1).

Si l'on s'en rapporte au dire des malades, presque tous font remonter le début de leurs accidents à un refroidissement brusque survenu à la suite d'efforts ou de fatigues. Le soir même ou dans la nuit suivante apparaît un frisson plus ou moins violent, plus ou moins prolongé et suivi d'une poussée fébrile du type vespéral qui se prolonge pendant cinq ou six jours. La toux paraît fréquente, tenace, accompagnée d'expectoration spumeuse ou jaunâtre. L'appétit diminue, le malade est abattu et dans l'obligation de suspendre ses occupations.

Ces différents signes assemblés d'après le souvenir des malades plaident en faveur d'un état grippal avec poussée congestive du côté des poumons; ils n'indiquent en rien l'apparition, dans la plèvre, d'un exsudat séro-fibrineux devant se transformer dans la suite en épanchement purulent. Car, bientôt, les symptômes s'amendent, la fièvre disparaît, l'appétit revient et tout semble rentrer dans l'ordre.

D'autres fois, les symptômes sont plus alarmants : c'est une bronchite aiguë, une congestion pulmonaire, voire même une pneumonie qui marque le début de la maladie. La convalescence en sera longue, interrompue par de nouvelles poussées ou par des accidents plus caractéristiques, tels que l'hémoptysie.

Malgré un état général tout à fait satisfaisant, elle survient à intervalles plus ou moins longs pour prouver l'infection continue de l'organisme par le bacille tuberculeux. D'autres symptômes vont bientôt se manifester et attirer plus spécialement l'attention du côté de la plèvre; c'est en

(1) NETTER. *Traité de médecine*, t. VI, p. 1053.

effet sur elle que le bacille de Koch a porté tous ses efforts et son envahissement progressif ne va pas tarder à porter ses fruits.

L'épanchement augmentant peu à peu provoque, après un temps éminemment variable, une *douleur thoracique* violente et un *essoufflement* toujours croissant qui vont obliger le malade à cesser tout travail et à réclamer des soins immédiats. La maladie est constituée.

Les signes physiques de l'abcès froid de la plèvre n'offrent rien de bien spécial. Nous ne ferons que les passer en revue, nous réservant d'attirer plus spécialement l'attention sur la marche de la température et sur le déplacement du cœur dans ces sortes d'épanchements.

Etant donnée l'énorme quantité de pus contenue dans les abcès froids de la plèvre, la *voussure* de la paroi costale est constante. Son aspect est lisse, résultat de la paralysie des muscles intercostaux, et son diamètre du côté malade peut être de 4 à 5 centimètres plus grand que celui de la paroi thoracique opposée. Si l'abcès affecte plus particulièrement la base, il forme une saillie due au refoulement des côtes, ce qui a pu le faire prendre pour un kyste hydatique de la face convexe du foie, ou même pour une tumeur de la rate ou du rein.

L'*œdème de la paroi* a manqué chez les malades que nous avons observés. Il n'en est pas fait mention chez ceux dont nous rapportons l'observation.

On sait, du reste, que ce signe qui, pour certains auteurs, était pathognomonique des épanchements purulents de la plèvre, manque très souvent et a pu, d'autres fois, être noté dans des pleurésies séro-fibrineuses.

La *douleur thoracique* que nous avons signalée plus haut ne peut être identifiée au point de côté de la pleurésie a fri-

gore. La douleur qui accompagne ce dernier apparaît brusquement, en même temps que le frisson initial. Violente dès le début, bien circonscrite généralement sous l'un des mamelons, elle est lancinante, pongitive, intermittente. Elle diminue d'intensité au fur et à mesure que l'épanchement se produit. L'autre, au contraire, n'apparaît et n'augmente que proportionnellement à la collection purulente qui envahit la plèvre. Elle n'est pas localisée, mais occupe tout le thorax et s'accuse plus particulièrement à la pression des espaces intercostaux.

La *toux* n'est point sèche comme dans la pleurésie aiguë. Elle est peu fréquente et fait parfois totalement défaut; mais si elle existe, elle s'accompagne d'expectoration spumeuse ou jaunâtre.

La percussion ne fournit aucun caractère spécial. Dans la plupart des cas, la matité est complète. Cependant, suivant certains auteurs, « les vibrations thoraciques, presque toujours nulles dans les épanchements séro-fibrineux, se perçoivent encore quelquefois, mais faiblement, dans l'emphyème ».

À l'auscultation, l'égophonie, de règle dans les épanchements, est ici totalement absente. Loin de retentir, la voix paraît sourde, et, le plus souvent, ne s'entend plus du tout.

La pectoriloquie-aphone fait également défaut. Dans un des deux cas rapportés, nous l'avons cependant notée deux fois, mais à la suite d'une ponction.

Le souffle, quand il existe, n'a plus le caractère de celui de la pleurésie séro-fibrineuse. Il est rude, amphorique et s'accompagne de gargouillements et de bruits pseudo-cavitaires dont le maximum d'intensité siège près de la colonne vertébrale. Ces bruits sont dûs à la compression

du poumon, à son tassement autour des gros vaisseaux aériens, autour desquels il forme une sorte de moignon.

Souvent aussi, les signes tirés de l'auscultation sont absolument négatifs; on ausculte et on n'entend rien, c'est une *absence* totale de bruits normaux et anormaux.

L'état général de ces malades ne semble pas souffrir. Quoiqu'ils accusent un certain degré d'amaigrissement, ils ont conservé un aspect robuste dû sans doute à l'intégrité parfaite des voies digestives. Jamais, dans aucun cas, on ne trouve signalé l'état cachectique que pourrait faire supposer le séjour d'un à deux litres de pus dans la plèvre pendant plusieurs mois et même quelques années. Du reste, pas de fièvre hectique, pas de ces oscillations, indices d'une résorption purulente. Chez deux de nos malades, la température s'élève à 38°, 38°4 au maximum, les quatre premiers soirs de leur séjour à l'hôpital. Elle tombe bientôt pour ne plus remonter, et dans les trois mois qu'ils passèrent dans la salle Bazin, elle se maintint à la normale.

La *dyspnée*, presque nulle lorsque le malade est au repos, apparaît dès qu'il veut faire le moindre effort. Elle est sous la dépendance directe de la compression du poumon par l'épanchement et de la diminution consécutive du champ de l'hématose. Aussi n'offre-t-elle pas les caractères intermittents de la dyspnée que l'on observe dans les pleurésies avec fièvre et points de côté. Elle est continue et pour permettre au côté sain de se dilater le plus possible, les malades se couchent instinctivement sur le côté atteint. Elle peut être exagérée par les déplacements du cœur, déplacements qui s'observent aussi bien dans les pleurésies gauches aiguës que dans l'abcès froid de la plèvre, mais qui, dans ces derniers cas, sont tellement accusés qu'on a pu se demander si l'on ne se trouvait pas en présence d'une dextrocardie

congénitale. C'est-là un point très intéressant de la physiologie pathologique de l'empyème tuberculeux, qui nous permettra de passer en revue, d'après le travail si intéressant de M. le professeur Bard, les différentes théories émises pour expliquer le mécanisme de refoulement du cœur à droite.

DÉPLACEMENT DU CŒUR

La plupart des auteurs, regardant la pointe comme la partie la plus mobile du cœur, alors qu'en réalité cette pointe n'est mobile que dans le péricarde, mais est beaucoup plus fixe dans le thorax que la base elle-même, admettaient que cet organe, sous l'impulsion des épanchements de la plèvre gauche, décrivait un mouvement de rotation autour de sa base.

Barth et Roger (1) signalent que les bruits du cœur déplacé à droite peuvent s'entendre derrière le sternum, sous le bord droit de cet os et jusque sous les cartilages costaux du même côté. Ils rapportent l'observation d'un cas où les battements du cœur étaient visibles et les bruits perçus à leur maximum sous le mamelon droit ; ils n'indiquent pas, d'ailleurs, le mécanisme qui a présidé à un déplacement aussi considérable.

Woillez (2) nous dit que la pointe du cœur est refoulée et signale les mêmes faits que Barth et Roger.

Guéneau de Mussy (dans ses Cliniques médicales, t. 1, p. 659) cite deux observations de pleurésies chyleuses gauches, dont l'une devenue classique, est celle de ce général russe qui, porteur d'une empyème datant de 15 ans, se promenait à travers l'Europe, « allant de médecin en mé-

(1) BARTH et ROGER. *Traité pratique d'auscult.*, 2^e éd., p. 363.

(2) WOILLEZ. *Traité de percussion et d'auscultation*, p. 313.

decin, de climat en climat, pour chercher un soulagement que les moyens médicaux ne lui procuraient qu'imparfaitement. « Chez ces deux malades, les battements du cœur se manifestaient par des battements perçus au-dessous du sein droit : en même temps on voyait et l'on sentait avec la main dans la région précordiale, un soulèvement isochrone au pouls.

Guéneau de Mussy adopte l'opinion de Masséi, de Naples et prétend que le cœur, dans ces cas, ne subit pas un simple mouvement de propulsion qui le repousserait en masse, mais il pivote autour de son point fixe constitué par l'aorte et par les vaisseaux pulmonaires.

Pour Constantin Paul (Traité des maladies du cœur), le point fixe autour duquel évolue la pointe du cœur pour se rapprocher de la ligne médiane de deux à huit centimètres, est constitué par la veine cave inférieure.

Constantin (Paul), place donc le centre de rotation du cœur plus bas que ne le fait Guéneau de Mussy.

Bouveret ne croit pas que le cœur soit seulement repoussé, il subit aussi un mouvement de rotation sur son grand axe ; un déplacement analogue s'observe dans les organes du médiastin.

Germain Sée (Maladies simples du poumon) admet l'intervention de plusieurs facteurs.

1° L'organe est repoussé tout entier avec son pédicule vasculaire ;

2° Il subit une torsion autour de son axe.

3° La pointe se déplace pour son propre compte.

Duroziez, dans son Traité clinique des maladies du cœur, n'accepte pas l'opinion généralement admise. « Tout ce qui bat n'est pas la pointe » nous dit-il. Il ne s'étend malheureusement pas sur les caractères qui permettraient de la faire reconnaître dans ces cas d'ectopie apparente de l'organe.

Depuis longtemps déjà, quelques médecins allemands s'étaient élevés contre ces différentes théories de la torsion du cœur autour de son pédicule vasculaire.

Pour Bamberger, le cœur se déplace en masse, il et appuie son opinion sur des autopsies.

Eichorst confirme l'opinion de Bamberger ; il ajoute que la pointe est la portion située le plus à gauche et que dans les déplacements du cœur, près de la ligne axillaire droite, c'est la base qui est animée de pulsations.

Guttmann, dans son *Traité du diagnostic des maladies thoraciques*, *Ed. Française*, p. 290, soutient que « le médiastin antérieur et avec lui le cœur, sont refoulés vers la droite.

On a vu, dans des cas extrêmes, cet organe atteindre la ligne mamillaire droite. La direction de l'axe du cœur ne change pas en général quand le déplacement de l'organe a lieu de gauche à droite, de telle sorte que la pointe du cœur reste toujours dirigée vers la gauche. Je n'ai observé qu'une seule exception à cette règle. Le cœur était placé verticalement suivant la ligne mamillaire droite. »

Le professeur Bard (1) de Lyon a pu comparer deux individus atteints, l'un de dextrocardie congénitale, l'autre de refoulement du cœur à droite par un épanchement ancien.

Il s'agissait d'un empyème graisseux chez un homme de 22 ans. Le début avait été insidieux et remontait à trois ans environ. Le cœur était déplacée et le maximum des battements systoliques était perçu au-dessous et en dehors du mamelon droit. Malgré deux ponctions successives, le cœur ne reprit point sa place normale, mais ses battements devinrent plus nets et permirent au professeur Bard

(1) BARD, *Lyon médical*, 1897, p. 586.

d'arriver par un examen minutieux, à préciser leur siège et leur valeur.

« Les battements systoliques de la région mamelonnaire présentaient leur centre à la palpation à pleine main dans le quatrième espace droit, au niveau même du mamelon ; le doigt les perçoit encore dans le troisième espace plus en dedans et dans le cinquième plus en dehors, de sorte qu'ils occupent une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans ; mais il est manifeste à la palpation qu'on est en présence d'un foyer unique étendant son action sur ces trois espaces. On ne trouve aucun autre foyer de battements à droite du sternum, à l'inverse de ce que je constatai chez ma première malade. De plus, dans toute l'étendue de ce centre de battements, la main perçoit à la systole une expansion plutôt qu'un choc, et, après elle, le claquement diastolique sigmoïdien de Friedreich très net et très intense. L'oreille entend, à ce niveau, les deux bruits du cœur, mais le second est incomparablement plus intense et plus net que le premier ; enfin, à la vue, le soulèvement précède un peu la systole.

« A l'épigastre, le premier bruit est plus intense qu'au niveau du mamelon et le second bruit est à peine perçu. On y découvre des battements systoliques donnant une sensation de choc plus énergique que celui de la région mamelonnaire, quoique de moindre amplitude ; ces battements, qui n'avaient pas été signalés dans l'examen fait avant la ponction, présentent leur maximum au voisinage de l'appendice xyphoïde, dans la moitié gauche de l'épigastre. Peu accusés et sensibles seulement à la palpation attentive quand le malade est couché, ils deviennent visibles et beaucoup plus amples dans la station debout ; dans l'attitude couchée, le soulèvement systolique qui existe à l'épigastre

représente un jeu de bascule manifeste avec les mouvements similaires de la région mamelonnaire ; dans la station debout, les battements cardiaques se précipitent, les soulèvements sont plus diffus, l'alternance devient moins facile à observer, en même temps le claquement diastolique devient moins net à droite et les différences sont, par suite, moins accusées entre les caractères des deux centres de battements ».

En résumé, ces battements de la région mamelonnaire droite sont dus à la base elle-même, ventricule ou vaisseaux, et ces résultats cliniques amènent le professeur Bard à formuler les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de déviation du cœur à droite, par un refoulement dû à des épanchements pleuraux gauche, de même que par des tractions droites, le cœur est déplacé en masse, sans que la direction générale de son axe soit modifiée ;

2° Dans ce cas, c'est la base du cœur qui s'avance le plus loin, à droite ; son expansion est beaucoup plus étendue et plus ample qu'à l'état normal ; dans les cas extrêmes, elle peut atteindre ou même dépasser légèrement la ligne mamelonnaire droite ; elle occupe alors les troisième, quatrième et cinquième espaces droits, mais elle présente son maximum dans le quatrième ;

3° Quand on ne constate qu'un seul foyer de battements rythmiques situé à droite, il faut le rapporter à la base : la preuve directe en est alors donnée par la constatation du claquement diastolique (Friedreich, Boudet) qui suit l'expansion systolique ;

4° Quand on perçoit deux foyers de battements systoliques, le choc de la pointe est celui qui est situé le plus à gauche ; il est en même temps le plus bas. Dans les cas

extrêmes, il se rencontre encore à gauche de la ligne médiane à l'épigastre, où il devient plus apparent dans la station debout ;

5° Dans les cas de présence réelle de la pointe sous le mamelon droit, comme il arrive dans les cas de dextrocardie congénitale, on rencontre un second foyer qui est celui de la base au-dessus et en dedans de celui de la pointe ; on y constate le claquement diastolique qui fait alors défaut au-dessous du mamelon.

Les conclusions de M. Bard se trouvent vérifiées par les expériences de M. Pitres, de Bordeaux, qui n'arriva jamais à produire la torsion du cœur.

Enfin, la radiographie, utilisée par M. Bécclère pour trancher la question, montra à quatre reprises différentes que le cœur était transporté à droite en gardant la direction en bas et à gauche qu'il possède normalement.

Tout récemment, M. Carrière, de Lille, fit sur le cadavre des expériences précises en injectant dans la plèvre la quantité d'eau voulue et en fixant le cœur ainsi refoulé au moyen de longues aiguilles. Ces recherches donnèrent les résultats suivants :

1° Les déplacements du cœur sont presque la règle dans les épanchements gauches ;

2° Quand l'épanchement est de moins de 1 litre, mais de plus de 700 grammes, la pointe du cœur reste à peu près dans sa position normale. Dans la position verticale seulement ou dans le décubitus latéral droit, la pointe du cœur s'abaisse de 2 à 4 centimètres et se rapproche de la ligne médiane ;

3° Quand l'épanchement est de 1 à 3 litres, le cœur est déplacé, de telle sorte que son grand axe tend à devenir vertical : la pointe s'abaisse et se rapproche de la ligne

médiane; quand l'épanchement est de 2 lit. 500 à 3 litres, elle se trouve au voisinage immédiat de l'appendice xyphoïde;

4° Dans les épanchements gauches de plus de trois litres, le cœur est refoulé en masse avec la cloison médiastine vers la droite, mais il reste vertical et sa pointe reste dans le voisinage de l'appendice xyphoïde.

5° Jamais on n'observe la torsion du cœur, qui, si elle se produisait serait incompatible avec la vie ou s'accompagnerait de désordres graves (œdème des membres inf. etc...), car après torsion du cœur, on constate qu'une injection poussée dans le ventricule ne passe que très difficilement dans l'aorte, et qu'une injection poussée dans la veine cave inférieure, ne parvient qu'avec peine dans l'oreillette droite.

Ces mêmes expériences répétées pour la plèvre droite, nous montrent aussi que le cœur peut être déplacé par des épanchements droits abondants.

1° Pas de déplacement si l'épanchement est de moins de un litre ;

2° De un à trois litres, la pointe du cœur est repoussée à gauche de un à huit centimètres ;

3° Si l'épanchement est supérieur à trois litres, le déplacement ne dépasse guère huit centimètres.

Disons pour terminer que, suivant les recherches de M. Carrière, ces déplacements ont, somme toute, peu de retentissement sur le fonctionnement du cœur. Ils ne modifient pas le nombre des pulsations et amènent seulement un certain degré d'arythmie, parfois un dicrotisme exagéré et même du polycrotisme, qui disparaissent rapidement après la thoracentèse.

Nous passerons sous silence les déplacements des organes abdominaux (foie, estomac, intestin, rate, reins, pancréas). qui, suivant le refoulement du diaphragme, basculent ou s'abaissent légèrement, sans que ce déplacement influe en quoi que ce soit sur leurs fonctions.

DIAGNOSTIC

L'évolution lente et tranquille de l'abcès froid de la plèvre ne lui donne que rarement une physionomie propre, capable de révéler son existence. Au contraire, l'allure quel que peu sournoise qu'il prend habituellement, l'absence de symptôme plus ou moins pathognomonique, font qu'il se cache facilement sous des masques divers. Il n'est pas du reste d'observation courante et quand, épuisant tous les moyens d'investigation, la ponction exploratrice vient signaler au médecin la présence d'une pleurésie purulente torpide, c'est la plupart du temps une surprise et non la confirmation d'un diagnostic déjà posé.

Les conditions du diagnostic de l'abcès froid pleural sont toutes différentes suivant qu'on examine le malade au début de ses accidents ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, s'il ne se présente à l'observation qu'au moment où la gêne respiratoire et la fatigue le mettent de plus en plus dans l'incapacité d'un travail continu.

Ainsi, on peut déjà, d'après leur évolution, ranger tous les cas observés en deux groupes principaux :

Les uns absolument latents pendant une période souvent fort longue ; l'attention n'est alors éveillée qu'au

moment où l'épanchement est capable de provoquer les troubles fonctionnels de la période d'état commune aux deux groupes ;

Les autres procédés, soit de manifestations franchement grippales, soit d'accidents pulmonaires déjà plus ou moins suspects de tuberculose. Ce sont de légères poussées fébriles, une courbature plus ou moins accusée, une toux quinteuse, quelquefois suivie d'expectoration, des râles et des frottements disséminés et fugaces, une submatité étendue.

Mais au lieu des grandes oscillations caractéristiques d'une tuberculose progressive, la fièvre disparaît, l'état général reste satisfaisant, l'appétit est conservé, l'amaigrissement est à peine notable, malgré la persistance des signes physiques et en particulier de la submatité qui s'accroît de jour en jour.

Cet ensemble symptomatique peut induire en erreur et faire porter le diagnostic d'une sclérose du poumon, ou d'une broncho-pneumonie chronique engendrées par la longue durée et la ténacité d'une grippe à prédominance pulmonaire. Certains signes intimement liés à cette affection font cependant défaut, ce sont les troubles cardiaques, la dilatation du cœur, une stase veineuse généralisée. C'est donc la plèvre seule qui est en jeu ; c'est de son côté qu'on devra chercher la cause de la matité thoracique par la ponction exploratrice. Elle ne fournit pas toujours à ce moment de la maladie des résultats certains. Elle peut être négative : car l'envahissement tuberculeux de la plèvre se produit lentement, la plèvre est cloisonnée et le pus qui résulte de la fonte régressive des dépôts qui tapissent la séreuse est tout d'abord emprisonné dans des cavités qui, successivement communiquent entre elles et transforment peu à peu la

plèvre en une vaste poche qui sécrète alors avec rapidité. On devra donc, autant que le permettront la pusillanimité du malade et le milieu dans lequel il vit, répéter les ponctions en en variant le siège.

Le diagnostic est donc, sinon impossible pendant cette première période, du moins hérissé de difficultés nombreuses. Même si la maladie suit sa marche progressive et arrive à ce que l'on appelle la période d'Etat, les symptômes qui viennent s'ajouter à la matité et à l'absence de fièvre, nous voulons parler de la voussure thoracique et de la dyspnée que le moindre effort accentue ne sont pas des signes capables d'imposer d'emblée le diagnostic d'abcès froid de la plèvre dont ils éveillent cependant la pensée.

En effet, ces symptômes divers lui sont communs avec un certain nombre d'affections d'allure torpide que nous allons passer en revue.

En première ligne se placent les *kystes hydatiques intra-thoraciques*, et un cas de ce genre, observé sur une malade du service de M. le docteur Tapret, presque en même temps que l'abcès froid pleural, dont nous rapportons plus loin l'observation, nous a permis de constater les similitudes nombreuses que présentent ces deux affections et les difficultés de diagnostic qui en résultent.

Les commémoratifs même ne peuvent être d'une grande utilité. Ce kyste hydatique intra-thoracique n'avait donné naissance à aucun symptôme grave. On note seulement un très léger degré d'amaigrissement, une toux persistante, quinteuse, accompagnée d'expectoration spumeuse assez souvent sanguinolente.

Un certain nombre de fois, elle prit franchement l'aspect d'une hémophysie. La malade éprouvait une sensation de

Avec une certaine gêne respiratoire que lui causait une

sensation de constriction de la poitrine, la malade éprouvait une douleur dont les irradiations parcourait tout le côté droit du thorax. Elle était oppressée au moindre effort et sa dyspnée devint telle qu'elle demanda son admission à l'hôpital.

Comme dans nos cas d'abcès froid de la plèvre, une énorme voussure avec redressement des côtes et effacement des espaces intercostaux occupe la moitié inférieure droite de la cage thoracique.

La matité est complète, les vibrations sont abolies, on n'entend aucun murmure respiratoire. L'état général est relativement satisfaisant : les fonctions digestives sont normales; de temps à autre, on note une très petite élévation de température. Une première ponction exploratrice donne issue à un liquide verdâtre, franchement purulent; une seconde, pratiquée un peu plus haut, donne un liquide parfaitement clair et transparent.

La présence de crochets dans ce liquide vient démontrer qu'il s'agissait de kyste hydatique suppuré. Quelques jours après, le diagnostic était confirmé par l'expectoration spontanée de débris membraneux du kyste.

Le kyste hydatique de la plèvre évolue comme celui du poumon; ses signes sont les mêmes; on a signalé cependant l'absence des hémoptysies dans la période de début.

Quand la ponction exploratrice a donné du pus d'emblée, on peut avoir affaire :

A une *pleurésie chyleuse*. Les symptômes sont absolument les mêmes, seul le liquide diffère. Il a l'apparence d'une émulsion au milieu de laquelle flottent des paillettes de *cholestérine*. Examiné au microscope, il présente de nombreuses granulations et des gouttelettes graisseuses assez volumineuses;

Un *abcès par congestion*, qui a pour origine une affection des vertèbres cervicales ou dorsales. Il peut tantôt fuser derrière le médiastin postérieur, tantôt suivre la direction des côtes et venir proéminer dans les parties latérales du thorax jusque sur les côtés du sternum. Un trajet fistuleux s'établit même quelquefois entre la plèvre et le foyer de l'abcès.

Les *abcès froids thoraciques* sus et sous-costaux sont aussi parfois une cause d'erreur. Ces abcès, toujours sous la dépendance d'une tuberculose des côtes ou de la colonne vertébrale seront décelés par un examen attentif du squelette. Ils ont, en outre, une tendance marquée à se frayer un chemin vers l'extérieur, en perforant les tissus.

Nous avons dit que le liquide de l'abcès froid pleural pouvait, dans certains cas, se colorer assez violemment pour prendre l'aspect hémorrhagique. L'observation II en fournit une nouvelle preuve.

Si la ponction exploratrice fournit du sang, on devra donc éliminer les différentes maladies de la plèvre susceptibles de fournir un exsudat hémorrhagique.

On distinguera d'abord la *pleurésie hémorrhagique* qui accompagne une granulie généralisée (Moutard-Martin).

Cette forme se révélera facilement par son cortège de phénomènes généraux.

L'*hématome* non tuberculeux de la plèvre a un début brusque. Produit soit par une congestion violente et excessive, soit par la rupture des vaisseaux de la néo-membrane, il peut atteindre d'emblée des dimensions considérables.

La *pleurésie, liée à la cirrhose du foie* est le plus souvent hémorrhagique. Susceptible de guérison, elle sera différenciée grâce aux symptômes hépatiques concomitants.

Le cancer pleural s'accompagnant toujours d'un épanchement plus ou moins considérable, peut aussi donner le change. S'il siège à gauche, il produit une déviation du cœur.

L'œdème de la paroi est de règle. Les espaces intercostaux sont dès le début le siège d'une violente douleur, qui s'irradie jusqu'à l'épaule et au bras.

Le professeur Dieulafoy a signalé l'apparition fréquente de douleurs articulaires qu'il attribue à un pseudo-rhumatisme associé aux manifestations du cancer. La dyspnée qui accompagne le cancer pleural, présente un caractère pathognomonique ; elle n'est pas en rapport avec l'abondance de l'épanchement et n'est point atténuée par la thoracentèse. La cachexie cancéreuse est rapide et l'évolution de la maladie ne dépasse pas une année.

Nous ne ferons que citer les tumeurs du poumon ou du médiastin, les hypertrophies du foie, affections qui peuvent simuler un empyème.

La ponction négative permettra de les éliminer d'emblée. Nous signalerons plus particulièrement les kystes de la face convexe du foie qui, élargissant la base du thorax, déjettant les côtes et refoulant le poumon ont été souvent confondus avec une pleurésie chronique (Dolbeau).

L'empyème pulsatile dont on avait fait un signe de pyopneumothorax peut exister dans tous les épanchements gauches anciens. On a reconnu depuis longtemps que la présence de l'air dans la plèvre n'était point une condition nécessaire à la transmission aux parois thoraciques de battements isochrones à la systole cardiaque.

L'observation I vient s'ajouter aux cas déjà nombreux où il n'y avait pas trace de pneumo-thorax.

Enfin, le *phlegmon sous-pleural*, outre les phénomènes généraux graves qui caractérisent son début, se limite facilement par la percussion. Il distend un, deux ou trois espaces intercostaux en formant une voussure dont le point le plus saillant fournit la sensation nette de fluctuation.

Nous ne rappellerons pas les caractères propres à chacune des formes de pleurésies purulentes.

Le diagnostic différentiel repose tout entier sur l'ensemble symptomatique que vient renforcer la ponction exploratrice, et l'examen bactériologique du pus fourni par cette ponction.

Rappelons en terminant que la présence de bacilles de Koch dans le pus de l'abcès froid pleural, n'est pas nécessaire et que c'est même pour Fraenkel une preuve de sa nature tuberculeuse.

Marche. Terminaison. — La marche de l'abcès froid de la plèvre est essentiellement inconstante.

On cite des cas où l'autopsie de gens morts de tout autre cause fit découvrir des collections purulentes enkystées et datant de fort longtemps et M. Moutard-Martin rapporte l'observation d'un malade qui guérit sans ponction et sans évacuation de pus au dehors, d'une pleurésie purulente dont le diagnostic avait été confirmé par la ponction exploratrice. Les vomiques, relativement fréquentes dans les pleurésies purulentes où elles peuvent survenir du 30^e au 50^e jour, même beaucoup plus tôt dans les empyèmes de nature puerpérale, sont tout à fait exceptionnelles dans l'abcès froid de la plèvre. L'anatomie pathologique a montré combien la plèvre s'épaississait, se sclérosait et offrait alors une résistance beaucoup plus considérable à l'effraction et à l'irruption consécutive du pus dans les bronches.

La terminaison par syncope mortelle; si l'on n'intervient pas par la ponction, est moins à craindre que dans les autres épanchements de la plèvre. Nous avons vu combien le cœur pouvait être refoulé à droite sans amener pour cela de troubles notables de la circulation et dans l'observation I, le cœur a repris sa place normale presque en une seule fois et les palpitations dont se plaignait la malade ont complètement disparu.

Toutefois, en présence de la dyspnée principalement, il est urgent d'intervenir; c'est le choix de la méthode thérapeutique à employer qui fera l'objet du chapitre suivant.

TRAITEMENT

Le traitement de la pleurésie purulente tuberculeuse chronique a soulevé de nombreuses discussions parmi les auteurs; les uns, partisans résolus de la pleurotomie, conseillent d'y recourir chaque fois que des lésions tuberculeuses avancées du poumon ne menacent pas immédiatement l'existence du malade.

Les autres repoussent énergiquement toute intervention sanglante; des thoracentèses répétées aussi souvent que l'exigera le renouvellement du pus dans la plèvre constitueront seules, la base du traitement.

La pleurotomie simple n'a pas donnée les résultats que l'on pouvait espérer. On a vu souvent, par suite des pansements fréquents qu'elle exige, des infections secondaires s'établir avec tous les accidents qu'elles entraînent. De plus, la persistance d'une fistule est presque certaine et nous paraît plus gênante et plus dangereuse qu'une ponction répétée à de longs intervalles. M. Debove cite même deux cas où l'intervention chirurgicale paraît avoir accéléré la mort.

D'autre part, après une ouverture large du thorax, le poumon enserré dans une plèvre recroquevillée et scléreuse n'a plus guère de chance de se dilater, le vide pleural ne

peut plus se combler et la suppuration s'éternise. C'est même la raison principale qui a fait abandonner la pleurotomie simple pour des méthodes permettant à la paroi thoracique de se rapprocher d'un poumon qui se refuse obstinément à venir à elle. Tels sont le procédé d'Estlander et la méthode préconisée par M. Quénu (résection de cinq à six côtes une première fois en avant, une deuxième fois en arrière et formation ainsi d'un volet mobile dont l'affaissement est facile).

La méthode des ponctions répétées, simples ou suivies d'injections antiseptiques est celle qui paraît donner les meilleurs résultats dans le traitement de l'abcès froid pleural.

Chez un malade que M. Beclère a présenté à la Société médicale des Hôpitaux, et dont nous rapportons plus loin l'observation complète, une seule ponction a suffi pour amener la guérison qui persistait trois ans plus tard.

C'est assurément un fait exceptionnel et dans la majorité des cas, plusieurs ponctions sont nécessaires et doivent être faites à intervalles relativement courts.

Nous ne rappellerons pas ici le manuel opératoire de la thoracentèse ; il nous suffira de dire qu'on doit apporter la plus grande prudence dans l'évacuation du foyer purulent pour prévenir les accidents dûs, soit à la décompression brusque du poumon, soit au retour du cœur vers sa position normale qui ne doit se faire que progressivement. De là première nécessité de ponctions successives.

D'autre part, on sait avec quelle rapidité un abcès froid pleural, paraissant avoir été parfaitement vidé, secrète et se comble à nouveau. C'est dans ces cas, que des lavages antiseptiques paraissent indiqués. Pour stériliser l'épanchement, on a préconisé de nombreuses substances. Le

sublimé et le chlorure de zinc ne parurent pas donner à M. Netter de bons résultats ; l'eau naphtolée à saturation (Fernet), l'iodure de potassium ioduré (Aran), le naphtol camphré furent successivement employés et tous semblèrent améliorer avantageusement la cavité pleurale. Chez le malade dont nous rapportons l'observation, M. Tapret employa une solution au 1/5000 de permanganate de potasse ; c'est à la suite de ces lavages, que le liquide parut perdre toute tendance à la reproduction.

Nous dirons donc, pour résumer, qu'une intervention radicale ne doit pas être proposée d'emblée comme traitement curatif de l'abcès froid pleural, qu'on doit se contenter de soulager le malade par des ponctions répétées, suivies ou non, de lavages de la plèvre et que ce traitement palliatif a de grandes chances pour amener une guérison réelle.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les pleurésies purulentes latentes, on doit distinguer *l'abcès froid de la plèvre*.

C'est un épanchement purulent qui résulte de la fonte régressive de dépôts tuberculeux.

II. — Les lésions, prédominantes au niveau du feuillet pariétal, sont identiques à celles que l'on trouve dans les parois de l'abcès froid vulgaire.

III. — Le début insidieux, la marche apyrétique, la dyspnée progressive, la déformation thoracique et le déplacement considérable du cœur, si l'abcès siège à gauche, doivent en faire soupçonner la présence ; mais si ces symptômes permettent d'éliminer d'emblée les pleurésies aiguës, ils se retrouvent dans tous les épanchements chroniques de la plèvre, et par là sont insuffisants pour en différencier l'abcès pleural. La *ponction exploratrice*, suivie d'un examen microscopique du liquide fourni par cette ponction vient seule confirmer le diagnostic.

IV. — C'est une maladie curable.

V. — Le traitement le plus favorable consistera en ponctions répétées à échéance plus ou moins rapide, suivies de lavages antiseptiques de la plèvre, dans le cas seulement de reproduction incessante du liquide.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Abcès froid de la plèvre. Déplacement considérable du cœur. — Radiographie. — Thoracentèse. — Lavage de la cavité pleurale. — Guérison.

Ravier, 34 ans et demi, employé de chemin de fer.

Le père et la mère du malade, d'un âge avancé, ont toujours joui d'une bonne santé. Quatre collatéraux sont bien portants. Le frère aîné fut atteint de coxalgie à l'âge de 12 ans.

Dans les antécédents personnels, on signale varicelle et coqueluche dans la première enfance, à 12 ans, une pneumonie.

A 21 ans, il part au régiment et accomplit quatre ans de service militaire sans avoir jamais passé par l'hôpital ou par l'infirmerie. Dans le cours de la dernière année de son service, il accuse une bronchite légère qui s'éternise ; il tousse encore en rentrant dans ses foyers.

Trois ans après il se marie, sa femme jouit d'une excellente santé ainsi que ses trois enfants.

Le 15 août 1896, après un travail assez pénible le malade ressentit un brusque refroidissement. Il rentre à Paris avec des frissons qui dans la nuit sont ininterrompus. Les jours suivants une toux opiniâtre s'établit et au mois d'octobre il constate que son expectoration est striée de quelques filets de sang. Il prend des pilules de goudron. En novembre 1896, son médecin, après consultation, lui déclare une congestion des sommets et lui prescrit vésicatoires, huile de foie de morue et viande crue.

La toux persiste et en mars 1896, deux hémoptysies assez abondantes surviennent à quelques heures d'intervalle. Nouvelle hémoptysie un mois après, puis en juillet de la même année apparaissent de violentes douleurs dans le côté gauche. Nouvelle hémoptysie en février 1898. Malgré une médication énergique, 8 vésicatoires successifs, malgré les calmants les plus variés, le malade ne cesse de ressentir ces douleurs thoraciques qui deviennent de plus en plus violentes. Elles simulent même à un certain moment des douleurs hépatiques.

En même temps apparaît un essoufflement progressif qui devient de la véritable dyspnée accompagnée de palpitations cardiaques qui obligent le malade à cesser son travail.

Il entre à l'hôpital Lariboisière, salle Bazin, le 20 décembre 1898.

A l'examen du malade, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'asymétrie de son thorax dont le côté gauche paraît considérablement augmenté de volume. La dépression normale des espaces intercostaux est effacée, la paroi n'est pas œdématiée et pendant les mouvements respiratoires, on remarque une immobilité absolue de la moitié gauche de la cage thoracique.

A droite en avant, on est surpris de constater à 3 cent. environ au-dessous du mamelon un mouvement ondulatoire de la paroi, mouvement qui correspond exactement aux pulsations artérielles.

A la percussion, tout le côté gauche en arrière et en avant est mat, la sonorité de l'espace de Traube est abolie. En avant, la matité s'étend à droite à 6 centimètres de la ligne médiane, dans les I^{er} et II^e espaces intercostaux; à 7 centimètres dans le III^e, 14 centimètres dans le IV^e, 16 centimètres dans le V^e, 12 centimètres seulement dans le VI^e. Le foie paraît abaissé.

A l'auscultation, les vibrations thoraciques sont totalement abolies, le murmure vésiculaire a disparu. A droite, le maximum des battements du cœur siège à 16 centimètres de la ligne médiane, au niveau du V^e espace intercostal, on entend quelques frottements qui délimitent le cul-de sac pleural droit.

La mensuration donne pour le côté gauche une ampliation de 3 centimètres. La fièvre est nulle.

La ponction exploratrice fournit un liquide purulent, jaunâtre, sans odeur.

En présence de l'état dyspnéique du malade, on pratique immédiatement la thoracentèse.

Elle donne 800 grammes environ de pus. L'examen microscopique est fait par M. Macaigue, en même temps que des inoculations aux cobayes. Les résultats furent négatifs.

Le 24 décembre, le malade est radiographié par M. Radiguet. L'épreuve nous montre assez nettement que c'est la base du cœur qui s'avance à droite du sternum et que l'organe est refoulé en masse.

Le 27 décembre, nouvelle ponction, 500 grammes de pus.

La situation du cœur ne paraît pas influencée par ces deux ponctions.

Le 6 février 1899, le malade se plaint de palpitations. Elles durent 7 heures et se renouvellent le 27 du même mois, mais leur durée est moins longue. Elle fournissent l'occasion de le ponctionner à nouveau et le 28 février, la thoracentèse donne issue à un litre de pus de même nature que celui fourni par les ponctions précédentes. On entend alors quelque peu la respiration, mais le cœur bat toujours à droite. Depuis son entrée, l'état général du malade n'a cessé d'être satisfaisant, l'appétit est très bon, son poids qui était de 61 kilos à l'entrée, atteint 62 kil. 500, sur sa demande il sort le 28 mars.

Il rentre à l'hôpital le 23 avril, ramené par une dyspnée intense qui le met dans l'incapacité de travailler. Il n'a pas de fièvre, mais les signes physiques sont ceux de la première fois.

Le 25 avril, thoracentèse, 1,200 grammes de pus.

Le 3 mai, thoracentèse, 1,200 grammes environ.

Le 13 mai, thoracentèse, 1,250 grammes.

Le 18 mai, thoracentèse, 1,000 grammes.

Le 2 juin, thoracentèse, 1,000 grammes.

Le poids du malade est de 64 kilos.

Il demande, le 3 juin, une sortie d'une quinzaine de jours et à sa rentrée le 19 juin, on constate que le liquide s'est reproduit et cette reproduction incessante décide M. le docteur Tapret à prescrire des lavages de la cavité pleurale de l'abcès pour en modifier les parois.

Le 25 juin, ponction de 900 grammes suivie d'un lavage de la plèvre avec une solution de permanganate de potasse au 1/5000. Pas

de modifications appréciables dans la situation du cœur, mais dans les jours qui suivent, on constate que la sécrétion purulente a diminué d'intensité. On entend dans les deux tiers du poumon le murmure vésiculaire, l'augmentation thoracique a diminué.

Le 1^{er} juillet, on fait une seconde thoracentèse suivie d'un lavage antiseptique identique au précédent.

À la fin de l'opération, le malade est pris d'étouffements, son visage pâle, couvert de sueurs, est anxieux, il accuse une douleur intense au niveau de la région précordiale. Cet état d'angoisse dure quelques minutes; des piqûres et des inhalations d'éther amènent un prompt soulagement. On est étonné à l'auscultation de trouver le cœur revenu dans sa position normale. Le murmure vésiculaire s'entend dans presque toute la hauteur. Le malade sort le 11 juillet. L'amélioration a persisté et le malade a repris son emploi.

L'état général est bon comme j'ai pu m'en assurer tout récemment.

OBSERVATION II (personnelle)

Abcès froid de la plèvre. — Aspect hémorrhagique du liquide. — Six thoracentèses. — Guérison.

Op... Georges, 26 ans, est meunier à la Celle-sur-Morin. Son père et sa mère jouissent d'une excellente santé. Un frère est également bien portant.

Il n'a pas d'antécédents morbides jusqu'en mars 1897. Après une journée de fatigue, il est pris de frissons et de fièvre. Il reste sans soins pendant une quinzaine de jours, mais l'état s'aggravant, il appelle un médecin qui diagnostique une pneumonie et prescrit vésicatoires et quinine.

La fièvre, nous dit le malade, était intense, la toux opiniâtre l'expectoration abondante et grisâtre. Au bout de quinze jours, l'état s'améliore, l'appétit renaît, la toux disparaît et le malade peut sortir.

Fin mai 1897, il prend froid. La fièvre reparait, moins intense, en même temps que la toux qui, cette fois, n'est pas suivie d'expectoration. Le malade ne s'alite pas complètement et son médecin conclut à une pleurésie sans en déterminer la nature. Il prescrit des capsules d'iodoforme et gaiacol, à l'extérieur des frictions de térébenthine. Au bout de trois semaines, apparaissent les premières hémoptysies. Il ne

cesse de tousser, surtout le matin, et cette toux est suivie d'une expectoration jaune verdâtre abondante.

Le 22 octobre 1897, il part dans le Midi. Il en résulte pendant quatre mois une amélioration notable de son état général. Son poids est de 66 kilos. Mais après quelques imprudences (excès de bicyclette et refroidissements consécutifs), il est repris d'accidents fébriles avec exaspérations vespérales et qui se compliquent pour la première fois de douleurs violentes dans le côté droit, en particulier au niveau du mamelon. Pendant une vingtaine de jours la courbature est extrême et l'appétit nul. On lui prescrit vésicatoires, caféine, diurétiques, viandes crues et œufs dans du bouillon. A partir du 20 mars les forces renaissent et le malade traverse une période de bien être relatif où seules deux hémoptysies successives sont à signaler en avril. Son poids n'est plus que de 63 kilos.

Il quitte le midi vers le 1^{er} mai. L'état général paraît excellent, mais au bout d'un mois survient une dyspnée au moindre effort. Les quintes de toux sont répétées et violentes, suivies d'une expectoration spumeuse peu abondante.

C'est dans cet état qu'il entre le 16 juin 1898, dans le service de M. le docteur Tapret, à l'hôpital Lariboisière.

Le malade est couché au n° 1 bis de la salle Bazin (chambre). De taille et de corpulence moyenne, il paraît robuste et ne semble pas amaigri. La respiration est courte, et ce qui frappe au premier abord, c'est une ampliatio*n* considérable du côté droit du thorax. Les côtes paraissent écartées et redressées. La paroi est lisse sans la moindre trace d'œdème. La mensuration donne pour le côté droit une différence en plus de 4 cent. En arrière et en avant, la percussion donne une matité absolue. Pas de skodisme. Elle se propage en avant, bien au delà des fausses côtes, indiquant un abaissement assez considérable du foie. Les vibrations thoraciques sont abolies et l'auscultation ne transmet aucun bruit.

A gauche, la sonorité est normale, la respiration est légèrement soufflante, complémentaire.

Rien au cœur.

La ponction exploratrice fournit un liquide d'aspect purulent. L'aiguille doit être enfoncée très profondément ce qui indique une couche épaisse de néo-membranes. La température AN est de 37°4 le matin, de 38° le soir.

Le diagnostic de pleurésie purulente torpide étant posé, on pratique le 21 juin la thoracentèse. Elle donne un litre environ de liquide épais, jaunâtre tenant en suspension de nombreux grumeaux purulents. Un léger accès de toux du malade oblige à suspendre l'écoulement du liquide. La température du 22 juin est de 37°1 le matin, 37°3 le soir. Jusqu'à sa sortie, le malade restera apyrétique.

Le 3 juillet, deuxième ponction. Un peu plus d'un litre d'un liquide purulent, brunâtre, de couleur chocolat. L'examen microscopique fait par M. Macaigne décele la présence de nombreux bacilles de Koch. Les globules sanguins sont également très abondants. Une certaine partie est inoculée à des cobayes qui sont morts de tuberculose.

26 juillet, troisième ponction peu abondante. Le liquide est purulent, légèrement teinté de rouge, mais de nombreux grumeaux obstruent la canule. Dans la partie supérieure du poumon, on entend le murmure vésiculaire, seule la base reste mate et muette. Pectoriloquie aphone.

Le malade très amélioré part chez lui à la campagne, le 2 août 1898.

Son poids est de 68 kilos.

Huit mois se passent sans nouvelles.

Puis il revient à l'hôpital le 11 avril 1899.

Son état général est excellent. Il mange et dort bien et semble avoir considérablement engraisé : son poids est de 80 kilos. Seul, l'essoufflement dont il se plaint lui interdit la moindre fatigue, l'empêche même de vaquer à son travail.

Quatre ponctions successives :

le 12 avril 1899	fournissent	1200,
— 20 — — —		1500,
— 26 — — —		1300,
— 2 mai — — —		200 cent. cubes

d'un liquide jaune verdâtre, sans odeur et franchement purulent. L'examen décele encore la présence de bacilles de Koch.

La dyspnée a disparu, le malade monte sans effort les deux étages de l'hôpital et part définitivement à la Celle-sur-Morin. /le 8 mai 1899.

M. le docteur Tapret qui a vu plusieurs fois le malade depuis sa

sortie, nous a raconté un fait qui prouve la guérison définitive. L'hiver dernier pour sauver un enfant en danger de se noyer, O..., n'a pas hésité à se jeter dans le Morin, et son acte de courage n'a pas eu de suites fâcheuses pour sa santé.

OBSERVATION III (personnelle).

Abcès froid de la plèvre. — Pneumonie et péricardite intercurrentes, — Première thoracentèse. — Liquide hémorrhagique peu abondant. — Quatre mois après, deuxième thoracentèse. Liquide purulent, un litre environ. Guérison.

Guérin Ch., 21 ans 1/2, plombier.

Le père est mort à 50 ans après des accidents cérébraux qui ont duré 3 jours.

La mère est morte de tuberculose à 52 ans.

Trois collatéraux sont bien portants.

Les antécédents morbides du malade sont nuls jusqu'à l'âge de 18 ans.

À ce moment, il tombe du quatrième étage. Transporté à l'hôpital Necker, il y reste 6 mois pour fracture compliquée de jambe, dont il garde une légère claudication. Dès lors, le malade accuse de violentes palpitations. Sa santé est ébranlée : il tousse souvent, mange peu, vomit le matin surtout et ne cesse de maigrir. En 1899 au mois de juin les accès fébriles apparaissent. Le malade est courbaturé et dans l'impossibilité de continuer son travail. Il constate une légère voussure thoracique à gauche. Il se présente trois fois à la consultation de l'hôpital Lariboisière : on l'admet la troisième fois, le 8 septembre, salle Bazin dans le service du docteur Tapret. Pendant plusieurs jours la température est élevée, le malade est très dyspnéique, il tousse et son expectoration est rouillée.

On diagnostique une pneumonie avec épanchement pleurétique et péricardite.

Une ponction exploratrice donne une très petite quantité d'un liquide rosé.

Pendant le mois d'octobre, les symptômes s'amendent, la fièvre disparaît et la feuille de température n'accuse plus qu'une légère élévation de temps à autre, le soir, principalement. L'appétit renaît

mais l'oppression et les battements de cœur persistent. Au commencement de novembre, son poids est de 64 livres.

Nous voyons le malade à la fin du même mois. C'est un jeune homme de petite taille, sa maigreur est extrême.

Le moindre effort amène un état dyspnéique intense. Le côté gauche du thorax est lisse et paraît avoir subi une légère ampliation d'autant plus remarquable que les côtes sont nettement dessinées à droite. On ne constate pas de ce côté de soulèvements de la paroi, quoique le malade dise sentir son cœur battre à droite. Les vibrations thoraciques sont abolies à gauche. Le murmure vésiculaire s'entend en avant d'une manière confuse; en arrière, on perçoit un léger souffle au sommet, rien à partir de la fosse sous-épineuse. Le maximum des battements du cœur est en avant sur la ligne médiane. La thoracentèse est pratiquée en arrière, le 2 décembre. Elle donne issue à trois quarts de litre environ d'un pus jaunâtre, inodore. L'examen bactériologique sur lamelles ne laisse pas percevoir de bacilles tuberculeux. L'inoculation aux cobayes est pratiquée dans la plèvre et dans le péritoine. Elle reste négative, les cobayes furent sacrifiés dans le courant du mois de février et ne présentèrent d'autres lésions que des adhérences multiples du péritoine et de la plèvre.

Vers le milieu de décembre, le malade eut une hémoptysie. Elle n'eut pas de suites fâcheuses, car ses forces reviennent rapidement et à la fin du mois son poids atteint 78 livres.

Le 7 janvier, en quittant l'hôpital il pèse 84 livres, et actuellement il a repris son travail pénible de plombier, il mange bien et chose remarquable, n'a plus ressenti de palpitations de cœur depuis la thoracentèse pratiquée le 2 décembre. Il pesait le 1^{er} juin, 125 livres.

OBSERVATION IV

ARAÏ (*Union médicale*, 1853, 20 août, p. 591)

Pleurésie chronique avec abondant épanchement purulent, datant de 15 ou 18 mois. Traitée avec succès par la thoracentèse et une seule injection iodée.

Bridier (Gilbert), âgé de 23 ans, serrurier, entra dans mon service à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase n° 17, le 20 octobre dernier. Assez maigre et d'une constitution assez chétive, ce jeune homme n'avait jamais été atteint de maladies graves; jamais il

n'avait été enrhumé ; jamais il n'avait craché de sang. Il était malade depuis 18 mois et sa maladie avait commencé par un rhume très fort, avec expectoration abondante, blanchâtre avec fièvre, mais sans point de côté, sans douleurs dans la poitrine. Pendant deux mois, il avait gardé le lit. puis il avait essayé de se lever et de reprendre son travail, la fièvre ne le lui avait pas permis. Enfin huit mois s'étaient écoulés dans cet état maladif lorsque le malade s'aperçut d'un point de côté à gauche et en avant, sous le mamelon. Les douleurs étaient très vives et revenaient de temps en temps.

Ajoutons que déjà un mois après le début des accidents, le malade avait de la gêne de la respiration et que cette gêne qui était à son maximum à la fin du troisième mois, avait plutôt diminué qu'augmenté à la fin du huitième, et était en somme supportable, sauf quand il marchait ou qu'il voulait se livrer à un travail quelconque.

Le malade nous apprit, en outre, qu'une dizaine de jours après le commencement de sa maladie, il avait remarqué et fait remarquer à son médecin le déplacement du cœur qui battait à droite. Enfin autre renseignement difficile à accepter, il aurait perçu dans le commencement de son affection un bruit de fluctuation dans la poitrine quand il faisait un mouvement brusque, un bruit qu'il comparait à ce qui se produit dans une bouteille à moitié vide. Pour compléter cette longue liste d'antécédents morbides, il nous reste à mentionner une scarlatine, avec violent mal de gorge et desquamation très abondante, survenue dans le cours de sa maladie, ainsi que la formation d'un abcès à la partie supérieure et antérieure de la jambe droite, *abcès qui avait laissé plusieurs fistules*. Inutile de dire que ce malade avait été soumis, à des traitements nombreux et variés. En désespoir de cause, on lui avait conseillé de se faire pratiquer la thoracentèse et c'était dans ce but que ce malade était venu à Paris.

Son état général était du reste assez satisfaisant. Pas de fièvre, pouls à 72, langue humide, soif naturelle, face calme, appétit conservé, digestion facile ; rien d'appréciable au premier aspect, qu'un peu de pâleur et d'amaigrissement. Rien n'annonçait non plus la gêne de la respiration ; celle-ci ne survenait que dans la marche et

s'accompagnait alors de quelques battements de cœur. Depuis plusieurs jours, il n'y avait plus de douleurs dans le côté, il dormait parfaitement sur le côté gauche et sur le dos, il ne pouvait rester longtemps couché sur le côté droit.

L'examen de la poitrine ne pouvait laisser le moindre doute sur l'existence d'un abondant épanchement pleurétique ; matité absolue avec perte d'élasticité dans toute la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine. Sonorité diminuée en arrière quoique se retrouvant encore dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, jusqu'au dessous de l'angle inférieur de l'omoplate et dans les deux tiers supérieurs de la gouttière vertébrale, avec perte d'élasticité presque partout. Murmure respiratoire affaibli, mais normal, sous la clavicule gauche ; à partir de la deuxième côte le bruit, s'affaiblissait rapidement et était bientôt remplacé par un silence complet ; à peine du murmure respiratoire dans la partie la plus supérieure de l'aisselle ; l'épanchement paraissait surtout s'étendre en ce sens. En arrière, respiration affaiblie, mais soufflante dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, dans la première surtout et principalement, pendant l'expiration, ce caractère était surtout marqué au niveau de la racine des bronches. A partir de ces points elle s'affaiblissait et s'éteignait rapidement. Résonnance égophonique de la voix dans tous les points où l'on entendait encore la respiration ; en dehors et dans les points où on ne percevait plus le murmure respiratoire, pas de résonnance et pas de vibrations sous la main. Du côté droit respiration et résonnance à la percussion, normales partout ; murmure respiratoire seulement exagéré, mais sans allongement de l'expiration. Ajoutons que dans l'inspiration, le côté droit du thorax se dilatait seul, que le cœur était refoulé, de sorte que cet organe battait immédiatement au-dessous du mamelon droit ; que le médiastin antérieur était refoulé du côté droit jusqu'au niveau de la ligne synchondro-sternale droite, que le foie et la rate étaient déplacés et en particulier que cette dernière était abaissée de trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

Comme dans mon opinion, il n'y avait plus rien à tenter que la thoracentèse, cette opération fut pratiquée le 21 octobre par le procédé Reybard et avec les modifications proposées par M. Trousseau. La ponction fut faite sur le trajet d'une ligne tirée du milieu de

l'aisselle gauche ; elle donna issue à deux litres et demi de pus crémeux, jaune verdâtre, bien lié et en tout semblable au pus phlegmoneux. Pendant la sortie du liquide, le malade fut surtout tracassé par une petite toux quinteuse qui se produisait, dès qu'il voulait respirer largement. Le liquide retiré, j'injectai par la canule et à l'aide d'une seringue à hydrocèle glissée dans celle-ci par une petite ouverture faite à la baudruche, j'injectai, dis-je, une solution comme suit :

Eau distillée.....	100 grammes
Teinture d'iode.....	50 —
Iodure de potassium.....	4 —

La pénétration du liquide ne fut pas sentie par le malade. La seringue retirée avec précaution et la baudruche réappliquée sur l'ouverture de la canule, le malade fut soulevé et tourné en tous sens par des aides vigoureux, afin de mettre l'injection en contact avec tous les points de la plèvre.

Cette manœuvre terminée, je retirai le doigt que j'avais toujours maintenu sur l'ouverture de la canule, il ne s'écoula pas une goutte de liquide.

Instruit par ce que j'avais déjà vu précédemment, je n'hésitai pas à abandonner le liquide dans la plèvre. Je retirai la canule et fis placer sur l'ouverture un morceau de diachylon.

Aussitôt après l'opération, je pus constater que le cœur ne pouvait plus être entendu à droite, que le foie et la rate étaient remontés en partie et que la respiration s'entendait partout dans le côté gauche, mais faible et avec un mélange de crépitation. Pendant une heure, le malade continua à être gêné de la respiration, à ne pouvoir tousser sans douleur vive, puis il se trouva mieux. Deux heures après, symptômes d'iodisme, sécheresse des fosses nasales, larmoiement, dans la soirée, un peu de fièvre avec moiteur ; le lendemain, toute trace d'iodisme avait disparu. Peau chaude, un peu sèche, poulx large assez développé à 72, respiration parfaitement libre. Le foie et le cœur avaient repris en partie leur position. Le murmure respiratoire s'entendait très bien en avant, sous la clavicule gauche et dans les deux premiers espaces intercostaux, seulement avec de l'expiration prolongée ; plus bas on l'entendait encore, mais mêlé à de la crépitation humide et superficielle, sonorité rétablie mais beau-

coup moins claire qu'à droite ; elle était à son maximum dans les 3^e et 4^e espaces intercostaux. En arrière, sonorité rétablie également, mais moins complète qu'à droite. Respiration généralement faible même en haut. Latéralement, les phénomènes d'auscultation et de percussion étaient les mêmes qu'en arrière. Les urines, qui avaient été recueillies 7 heures après l'opération, contenaient une très grande proportion d'iode ainsi que la salive.

Le 23 et le 24 octobre, l'état de ce malade continua à être des plus satisfaisants : pas de fièvre, pas de douleur, l'examen de la poitrine n'indiquait nullement que le liquide se fut reproduit, lorsque dans la soirée du 24, la fièvre parut s'accompagner d'un état général assez grave pour nous faire craindre que le succès fut compromis. Fort heureusement il n'en était rien ; cette fièvre si vive n'était que la période prodromique d'une éruption scarlatino-rubéoleuse qui, après avoir duré une semaine et après avoir même été suivie d'une légère éruption varioliforme, se termina par desquamation et laissa le malade dans un état aussi favorable qu'après l'opération.

Pendant la durée de cet état fébrile, j'ai constaté à plusieurs reprises, par l'auscultation et la percussion, la pénétration de l'air dans tous les points du poumon gauche, mais toujours avec de l'affaiblissement en arrière et latéralement, et avec mélange de râles crépitant ou sous-crépitant. Le 1^{er} novembre, je remarquai une rétraction très notable du côté gauche de la poitrine. Un rhume que ce malade contracta par son imprudence 15 jours après, ne changea rien à ce bon état. Enfin, lorsque le malade quitta l'hôpital, le 9 janvier, après avoir reçu pendant un mois les soins éclairés de M. Michon, pour sa plaie fistuleuse à la jambe, il était dans un état de santé des plus florissants et je pus m'assurer que la sonorité était presque rétablie dans le côté malade et que la respiration s'entendait partout, sans crépitation, un peu faible seulement en dehors et en bas. J'ai eu depuis de ses nouvelles au mois de juin dernier, il a repris ses occupations et n'a pas eu de rechutes, sa santé est meilleure qu'elle n'a jamais été.

Ainsi, un malade affecté d'une pleurésie chronique avec abondant épanchement purulent datant de 15 à 18 mois, traité par la thoracentèse et immédiatement après l'évacuation du pus, par une injection iodée a guéri complètement en quelques jours, sans aucun accident,

et s'il y a eu rétraction notable de la poitrine avec un peu d'abaissement de l'épaule, cela était loin de constituer une véritable difformité.

OBSERVATION V. — ARAN

(*Union médicale*, 27 août 1853, p. 402.)

Hydropneumothorax datant de plus de 3 mois. Thoracentèse et injection iodée. Reproduction de l'épanchement. Deuxième ponction un mois après, sans injection. Troisième et quatrième ponction avec injection iodée trois mois après. Amélioration très marquée.

Danguy François, âgé de 26 ans, peintre en bâtiments, est entré pour la 1^{re} fois dans mon service à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, n° 46, le 18 août 1852.

Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique et d'une assez forte constitution, mais un peu maigre et élancé, n'a eu en sa vie qu'une seule maladie, une pleurésie, il y a 6 ans, qui a été traitée par 6 vésicatoires et qui a mis près de 3 mois à se résoudre : cette pleurésie avait son siège du côté gauche. Depuis cette époque, sa santé a été excellente, il ne s'enrhume pas facilement et n'a pas craché de sang. Mais dans le courant de l'hiver précédent après avoir travaillé longtemps dans un endroit humide, il a contracté un rhume qui a duré 2 mois. Il en était débarrassé complètement depuis un mois, lorsque le 5 juin, dans la soirée, au milieu d'un bon état de santé et après s'être livré à son travail comme d'habitude, il a été pris de malaise et de courbature. Deux heures après, et au moment où il se mettait au lit, un point de côté très vif qui gênait beaucoup la respiration et empêchait la toux, s'est montré dans le 6^e espace intercostal droit en dehors. Au bout d'une demi-heure, la fièvre a paru avec chaleur vive, sans frissons. Deux jours après, le malade entrait à l'Hôtel-Dieu, et nous avons appris depuis, de notre honorable collègue, M. Bouchut, qui lui donne des soins, qu'il y fut traité pour hydropneumothorax, par une saignée du bras, des ventouses, des sangsues et 6 vésicatoires. Du reste, le malade nous décrivait lui-même sa maladie, de manière à ce que, même sans ce renseignement, notre diagnostic eut été à peu près fixé. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu il s'était aperçu, disait-il,

d'un bruit de flot particulier qui se produisait dans la poitrine dès qu'il faisait quelque mouvement brusque. Sous l'influence du traitement que nous avons indiqué la fièvre avait beaucoup diminué, mais l'état local restait le même. Le malade, fort indiscipliné et très instable dans ses volontés, quitta brusquement l'hôpital et vint demander un lit au bureau central. Il me fut envoyé par un de mes collègues.

Le lendemain de son entrée, 20 août, je constatai chez lui les signes les plus évidents d'un hydropneumothorax, sonorité tympanique à partir de la clavicule, en avant jusqu'au niveau de la 6^e côte, dépassant le bord du sternum, à gauche. Matité à partir de la 6^e côte, en avant, se prolongeant en dehors en suivant le bord de l'omoplate jusqu'en bas : cette matité se déplaçait dans les mouvements et était remplacée par de la sonorité tympanique dès qu'on mettait les parties mortes dans une position élevée. Développement considérable et immobilité du côté droit du thorax, avec saillie et voussure des espaces intercostaux. Pas de vibrations de la voix sous la main, dans la moitié inférieure de la poitrine du côté droit, silence complet dans presque toute cette moitié inférieure en arrière, excepté dans la gouttière vertébrale où la respiration s'entendait encore, mais faible : et en avant le silence était aussi complet, sauf dans un espace circonscrit en dedans, sous la clavicule. A ce niveau, le murmure respiratoire se percevait, mais faible. En arrière, au contraire, au niveau de la racine des bronches, souffle très fort, comme se passant dans un vaste espace, et rappelant le caractère amphorique. Au-dessous et en dehors dans les fosses sus et sous-épineuses, faiblesse de murmure respiratoire seulement.

Enfin dès que le malade exécutait des mouvements brusques, on entendait même à distance, surtout en avant sous la clavicule, le glou-glou du liquide avec un caractère métallique très marqué.

Comme derniers traits au tableau, nous signalerons le déplacement du foie dont l'on sentait le bord tranchant au-dessous de l'ombilic et celui du cœur, dont la pointe battait dans le 6^e espace intercostal et dans le 7^e, ainsi qu'à la région épigastrique et à la partie la plus interne de l'hypochondre gauche, les bruits retentissaient dans la moitié interne du côté droit et antérieur du thorax et sous la partie supérieure du sternum, le second bruit était remarquable par son caractère vibrant.

L'état général n'était pas aussi fâcheux qu'eut pu le faire craindre l'affection dont ce malade était atteint. Pas de fièvre, pouls à 88, assez faible ; langue humide, pas de soif, bon appétit, garde-robe régulières, pas de frissons, ni de transpirations la nuit : seulement de la gêne de la respiration et des palpitations de cœur surtout dès que le malade montait les escaliers.

Du côté gauche, rien dans les signes plessimétriques et stéthoscopiques, n'indiquait l'existence de tubercules pulmonaires.

Je n'ennuierai pas le lecteur du récit détaillé et jour par jour de l'histoire de ce malade, qu'il me suffise de dire qu'après avoir employé sans succès plusieurs vésicatoires, et en voyant que la quantité de liquide augmentait de jour en jour, ce qui m'était facile à reconnaître par l'extension de la matité, par l'affaiblissement et plus tard même, par la disparition du bruit de glou glou, le malade m'ayant fait remarquer en outre que la partie inférieure des jambes devenait œdémateuse quand il était debout, je songeai très sérieusement à pratiquer la thoracentèse, j'y procédai le 15 septembre après avoir bien constaté les signes physiques qui s'étaient modifiés dans le sens que j'ai indiqué, celui de l'extension de l'épanchement liquide et de la diminution ou de la disparition complète des gaz. La matité était presque absolue en avant excepté à une percussion forte ; en arrière au contraire, il y avait encore du son dans les fosses sus et sous-épineuses et dans la gouttière vertébrale. La respiration était amphorique, profondément sous les 1^{re} et 2^{me} pièces du sternum, silence partout ailleurs, en avant et en arrière, souffle tubaire peu retentissant dans l'expiration et retentissement amphorique profond de la voix et de la respiration ; pas de murmure respiratoire au-dessous, pas de tintement métallique, ni de bruit de fluctuation.

La ponction fut pratiquée dans le huitième espace intercostal droit sur une ligne perpendiculaire tirée de l'aisselle et par le procédé de Reybard modifié. Elle donna issue à deux litres d'un liquide citrin avec un œil un peu trouble mais sans fausses membranes et sans bulles d'air. L'écoulement du liquide ne fut accompagné d'aucune douleur ; deux ou trois petites quintes de toux seulement vers la fin de l'écoulement, puis une injection fut faite avec une seringue à hydrocèle contenant la solution suivante :

Eau distillée.....	100 grammes
--------------------	-------------

Teinture d'iode ;	30	—
Iodure de potassium.....	2	—

Quelques picotements au moment de la pénétration des premières gouttes du liquide ; puis le malade n'a plus paru s'en apercevoir. Comme pour les malades précédents je fis donner des positions variées au tronc pour atteindre autant que possible avec le liquide tous les points des parois du foyer ; le liquide fut abandonné dans la plèvre et la canule retirée sans pénétration d'air. Immédiatement après l'opération, nous pûmes constater que la respiration s'entendait dans toute l'étendue de la poitrine à droite, un peu faible seulement dans les parties déclives. La matité avait disparu de la moitié supérieure du thorax, et inférieurement elle n'était pas encore absolue. Les espaces intercostaux n'étaient plus distendus et la percussion montrait que le médiastin avait repris sa place. Le foie était remonté bien au-dessus de l'ombilic. Le murmure respiratoire était accompagné d'une espèce de crépitation humide en beaucoup de points, et d'un peu de frottement pleural.

Soulagement immédiat à la suite de l'opération, respiration facile, sauf une petite douleur sous le sternum dans les grandes respirations. Mais une heure et demie après, commençaient à se montrer les symptômes les plus marqués de l'iodisme ; céphalalgie frontale, gonflement des paupières, injection des yeux, enchiiffrement et mal de gorge avec sensation de sécheresse, salivation pendant une heure, accidents que le malade comparait à un rhume de cerveau très intense. Il souffre beaucoup de ces symptômes dans la journée et dans la nuit, principalement du mal de tête, des picotements dans les yeux et du mal de gorge. Pas une minute de sommeil.

Le lendemain, les phénomènes d'iodisme n'avaient pas entièrement disparu mais il était sans fièvre, sonorité rétablie avec un timbre tympanique sourd en avant, respiration également rétablie, mais avec un mélange de râle crépitant. Sonorité parfaite en arrière excepté en dehors et en bas, mélange de crépitation et de frottement pleural au niveau de la matité, retentissement de la voix considérable avec timbre égophonique en arrière. Les urines contenaient comme chez les malades précédents, une très forte proportion d'iode ainsi que la salive.

Pendant quelques jours, nous pûmes avoir l'espérance que l'épan-

mément ne se reproduirait pas. Mais dès le 24 septembre, le malade se plaignait de nouveau d'une gêne douloureuse sous les fausses côtes droites, la crépitation paraissait avoir disparu en grande partie ; la matité se déplaçait, comme la sonorité tympanique sous-claviculaire par les mouvements qu'on imprimait au malade. Il nous devenait donc évident que le liquide était sécrété de nouveau, seulement les gaz, ne s'étaient pas reproduits. En revanche, l'état général était devenu plus satisfaisant, le pouls était tombé à 60 et il y avait un soulagement notable.

Il patienta quelques jours, mais comme ce jeune homme se plaignait chaque jour davantage de son côté droit et que les signes physiques ne me laissaient pas de doute sur la reproduction du liquide, je pratiquai, le 16 octobre, une seconde ponction, toujours suivant le procédé Reybard, dans le 8^e espace intercostal. Il s'écoula un litre de sérosité citrine, laissant déposer par le repos, une matière grenue blanchâtre, facile à reconnaître pour du pus ; très peu de toux pendant l'opération et à la suite, soulagement très marqué, mais, chose assez remarquable, il se plaignait, le lendemain, d'avoir eu de la céphalalgie, de l'enchiffrennement, de l'écoulement par les yeux et par le nez, presque comme si on lui eût injecté de l'iode. et cependant cette injection n'avait pas été pratiquée, le malade s'y étant refusé obstinément. Rétablissement immédiat de la sonorité et du murmure respiratoire excepté latéralement et en bas avec de la crépitation très abondante. La respiration restait faible dans les points correspondant à la matité.

Les jours suivants, cette matité ayant très sensiblement diminué et la respiration se rétablissant de jour en jour avec du frottement pleural sans mélange de souffle et sans résonnance égophonique de la voix, le malade qui se trouvait très bien, qui avait repris de la force et de l'embonpoint, demanda et obtint sa sortie le 6 décembre. La matité était réduite à une largeur de la paume de main, en arrière de la ligne axillaire antérieure et tout à fait en bas, la matité n'était pas absolue surtout à une percussion forte et la respiration s'entendait quoique un peu faible.

Vers le 15 janvier 1853, il revint nous voir. Dans l'intervalle, il avait pu reprendre son travail, souffrant toujours dans le côté droit en avant et en dehors du mamelon droit, mais depuis 15 jours, il ne

faisait rien. Nous l'engageâmes à rentrer à l'hôpital, ce qu'il fit 2 jours après. Nous pûmes constater alors que l'épanchement s'était reproduit. Effectivement, au-dessous d'une sonorité tympanique sourde qui existait sous la clavicule et à partir du 2^e espace intercostal et surtout de la 4^e côte, on trouvait une matité très marquée augmentant à mesure qu'on descendait vers les parties déclives et avec perte d'élasticité. Matité absolue en arrière à partir de l'angle intérieur de l'omoplate jusqu'en bas. Cette matité se déplaçait dans les mouvements imprimés du malade : affaiblissement du murmure respiratoire en avant à partir de la 3^e côte et égophonie à ce niveau plus bas, elle prenait le caractère d'un souffle éloigné.

En arrière, en bas et en dehors, respiration très faible, mais se percevant cependant encore avec un timbre soufflant.

Le 27 janvier, je lui pratiquai une troisième ponction dans le troisième espace intercostal et en arrière, dans le point où le murmure respiratoire me paraissait le plus profond, elle donna issue à 1.150 gr. de sérosité jaune verdâtre, sans douleur et avec quelques quintes de toux vers la fin de l'évacuation. J'avais fait préparer une solution de :

Eau distillée	100 gr.
Teinture d'iode	50
Iodure de potassium	4

Au moment où l'injection allait être faite, la baudruche se déchira et l'air pénétra dans la poitrine avec un sifflement particulier, le malade se trouva sans doute très soulagé, parce que le poumon distendu par la pression atmosphérique intérieure reprit immédiatement sa situation. Je ne fis pas moins injecter le liquide qui fut abandonné dans la plèvre et la plaie extérieure fut fermée avec soin.

En se recouchant, le malade nous fit entendre le bruit de flot avec un petit tintement métallique et nous pûmes constater une sonorité tympanique dans la partie supérieure du côté malade ; la respiration restait faible inférieurement avec crépitation. Un peu d'iodisme dans la journée, le lendemain, même état, respiration soufflante presque amphorique en haut ; faiblesse du murmure respiratoire inférieurement ; sonorité tympanique dans les parties supérieures ; bruit de flot dans les mouvements.

Ces phénomènes persistant, je songeai sérieusement à revenir à la ponction et à la faire suivre d'une injection iodée plus concentrée

Eau distillée et teinture d'iode de chaque 75 gr.

Iodure de potassium

4

La ponction qui fut pratiquée le 6 février, donne issue à 500 gr. de pus verdâtre, sans odeur particulière. Cette fois encore, au moment où l'injection allait être faite, il pénétra un peu d'air dans la plèvre par la faute de l'aide chargé de la pratiquer, mais beaucoup moins qu'à la ponction précédente. L'injection fut peut-être un peu plus douloureuse que les antérieures, mais la douleur très modérée ne se prolongea que quelques minutes, et le malade s'endormit à la suite. Cette ponction, quoiqu'elle eût été suivie comme celle qui l'avait précédée de la pénétration d'une petite quantité d'air dans la plèvre amena un changement plus marqué et plus favorable. La respiration s'entendait très bien en avant, de haut en bas et la respiration, toujours faible dans les parties déclives en dehors, l'était cependant moins que précédemment.

Le malade qui s'ennuyait, sortit le 13 février pour aller passer quelques jours chez lui, mais je ne le perdis pas de vue et à diverses reprises, il est venu me consulter pour une sensation particulière de douleurs et de déchirements qu'il éprouvait dans le côté droit. J'appris de lui que le bruit de flot s'était affaibli peu à peu en quelques jours et avait disparu complètement. La poitrine s'était rétractée dans sa moitié inférieure du côté droit. Il restait de la matité dans les parties déclives; mais la respiration, quoique faible, s'entendait toujours partout assez bien pour me faire douter de l'existence d'un épanchement. J'attribuai ces tiraillements douloureux à la présence de fausses membranes épaissies qui bridaient le poumon et gênaient son développement. Au mois de juin, il entra de nouveau dans mon service et je crus reconnaître quelques craquements humides au sommet de deux poumons; mais en somme, l'épanchement ne s'était pas reproduit et je ne puis m'expliquer que par une véritable hypochondrie, les douleurs que le malade dit ressentir continuellement dans la partie inférieure du côté qui a été autrefois malade. Les signes plessimétriques et stéthoscopiques semblent indiquer la guérison de l'épanchement et c'est aussi, m'a-t-on dit, l'opinion de mon savant collègue M. Marrotte, qui a eu l'occasion d'examiner il y a quelques jours ce malade.

OBSERVATION. VII. — MARCŒVITZ (in *Thèse*, Paris. Obs. XIX)

Epanchement pleurétique purulent à droite : double pneumonie : quatre thoracentèses successives ; une des cicatrices s'est ouverte deux fois, canule à demeure. Injection iodée. Guérison.

L... Maria, âgée de 8 ans 1/2 est entrée à l'hôpital des enfants le 3 décembre 1863 : elle est couchée au n° 22 de la salle Sainte-Genève (service de M. Roger). Elle est malade depuis 3 mois. Elle présente les phénomènes d'un épanchement pleural droit compliqué d'une pneumonie double.

Le 5 décembre, on pratique une thoracentèse. La reproduction du liquide est tellement rapide, qu'on est forcé de faire trois autres ponctions, l'une le 11 décembre, l'autre le 17, et la dernière le 26.

Le 1^{er} janvier matité jusqu'à la troisième côte. Succussion hypocratique attribuée à l'air introduit pendant la dernière opération.

Le 2 janvier, abcès qui s'ouvre le 4.

Les jours suivants, la matité monte, il apparaît de l'œdème de la face.

Le 9 janvier on refait la thoracentèse dans le sixième espace intercostal, il s'écoule 750 gr. de pus. On laisse une canule à demeure qu'on bouche avec un morceau de cire, et par laquelle on fait tous les jours des injections chlorurées.

Le 12 février, on supprime la canule et la plaie se ferme. L'état de la malade empire : elle maigrit, elle a la fièvre.

Le 1^{er} avril la plaie s'est ouverte spontanément dans la nuit : il s'est écoulé une quantité de pus qu'on estime à environ 450 gr. On introduit de nouveau la canule et on y fait des injections.

Le 15 avril, la suppuration devient séreuse, il s'écoule à peine 15 à 25 gr. de liquide par jour, la sonorité est revenue partout, excepté au voisinage de la plaie.

Le 5 mai, la canule est jetée hors de la plaie, on peut à peine y introduire quelques brins de charpie. L'état général est excellent. L'enfant a des couleurs et a engraisé. La difformité de la poitrine a beaucoup diminué.

OBSERVATION VII. FAYRE (in *Thèse*. Paris, 1873, p. 36, n° 358)

J'ai rencontré dans des notes prises en 1869, dans le service de M. G. de Mussy, salle Sainte-Agnès à l'Hôtel-Dieu, l'histoire d'un

malade atteint de pleurésie purulente chronique primitive qui sortit guéri de l'hôpital.

Ce malade était un maçon âgé de 24 ans, d'une bonne constitution.

A son entrée à l'hôpital au commencement de février 1869, il présente les symptômes suivants : toux, dyspnée considérable, décubitus sur le côté droit impossible. Le côté gauche de la poitrine est considérablement bombé, les espaces intercostaux très écartés. A la percussion on entend une matité absolue depuis la fosse sous-épineuse jusqu'en bas : dans tout cet espace absence complète de murmure respiratoire qu'on n'entend que dans la fosse sus-épineuse. Le cœur est refoulé à droite et on sent battre sa pointe jusque sous le mamelon droit.

Le côté droit ne présente rien de particulier à la percussion ni à l'auscultation, si ce n'est un peu de respiration supplémentaire.

Le malade dit n'avoir jamais toussé, pas de maladies antécédentes, pas de maladies de poitrine dans sa famille.

L'appétit est resté bon, les fonctions digestives se font bien ; aussi pas d'amaigrissement notable. Le malade ne se plaint que d'une grande difficulté de respirer lorsqu'il marche. Pas de fièvre. On diagnostique vu l'absence de symptômes généraux graves, un vaste épanchement pleurétique de nature séreuse.

Deux ou trois jours après son entrée, M. G. de Mussy pratique la thoracentèse et, ne voulant pas pour des raisons à lui, évacuer tout le liquide en une seule fois, retire environ un litre de liquide louche, épais, filant. Ce liquide examiné au microscope présente une immense quantité de leucocytes.

Le malade se trouve très soulagé de cette première ponction qui fut renouvelée quelques jours après ; on retira encore environ un litre de liquide purulent.

En résumé, la thoracentèse fut pratiquée quatre fois et chaque fois on retira environ un litre de pus. Après chaque ponction, on voyait le cœur se rapprocher de sa place normale, la sonorité et le murmure respiratoire revenir de plus en plus dans le côté affecté.

Enfin le malade sortit guéri au bout de deux mois sans avoir jamais présenté que quelques mouvements fébriles insignifiants.

OBSERVATION, VIII

(In *Progrès Médical*, 20 février 1875, p. 94.)

Pleurésie purulente. Six thoracentèses. Guérison. E. BARIÉ, Interne des Hôpitaux.

Le nommé K... Jean; journalier, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Mesnet) le 5 janvier 1874. Le malade nous dit que depuis un an environ, il se sentait gêné pour respirer, qu'il toussait assez fréquemment, et qu'il perdait ses forces peu à peu. Malgré cet état maladif, il continua à travailler, mais vers le milieu de février la toux et la dyspnée ayant augmenté, il cessa tout travail et pendant deux mois, garda le lit ou la chambre. Durant ce temps, un médecin lui fit appliquer successivement trois vésicatoires sur le côté gauche de la poitrine. A la suite de ce traitement, il se sentait mieux et reprit ses occupations, mais la toux augmentait tous les jours, il maigrissait considérablement et fut obligé de reprendre le lit vers le mois de juillet. Trois vésicatoires successifs furent appliqués sur le côté gauche.

Vers la fin du mois de novembre, il fut pris tout d'un coup et *pour la première fois* d'un point de côté très douloureux à gauche. Malgré cet état général grave, le malade ne cessa pas complètement ses occupations, travaillant deux jours, se reposant deux autres jours et ne se décida à entrer à l'hôpital *qu'alors qu'il lui fut impossible* de se lever. Comme antécédents, nous ne trouvons aucune maladie grave; le malade nous dit que jamais il n'avait toussé avant cette maladie et que jamais il n'avait craché de sang.

Le 5 janvier, à son entrée, le malade est pâle, amaigri et a l'aspect souffreteux; il n'a pas de dyspnée. Respiration à 20. K... tousse un peu et expectore quelques crachats blancs et aérés. Nous le faisons mettre debout et rien qu'à la simple inspection, nous constatons une différence très notable dans l'amplitude des deux côtés du thorax; le côté gauche est déformé et considérablement élargi, une mensuration comparative nous donne le tableau suivant :

Côté gauche			Côté droit		
Haut	47	centimètres	Haut	46	centimètres
Milieu	46	—	Milieu	44	—
Bas	45	—	Bas	42	

Cette mensuration est pratiquée de la façon suivante :

1° Un point, point sternal est pris sur le milieu de la ligne intermammellonnaire; 2° un second point, point rachidien, est pris en arrière sur la colonne vertébrale en ayant soin de la faire passer par le même plan que le premier; 3° deux autres points rachidiens sont pris, l'un à 10 centimètres au-dessus, l'autre à 10 centimètres au-dessous du précédent. Cela fait, on applique l'extrémité d'un mètre en étoffe, sur le point sternal et on mesure de chaque côté du thorax; la distance qui sépare ce point des 3 points rachidiens.

Quand le malade est dans le décubitus dorsal, on constate que le cœur est déplacé, il occupe la partie droite du thorax et ses battements sont visibles par les mouvements ondulatoires brusques de la paroi thoracique, sa base paraît être dans le 3^e espace intercostal droit et sa pointe bat dans le 5^e espace à 1 centimètre en dedans du mamelon du même côté. La partie gauche du thorax forme une voussure antérieure considérable.

La percussion dénote une matité absolue en avant et en arrière, occupant toute la hauteur du poulmon gauche. Dans les mêmes points, l'auscultation montre une absence complète du murmure respiratoire. Pas de souffle ni d'égophonie, pas de vibrations thoraciques. Au niveau de la pointe du cœur : souffle râpeux très intense, au premier temps.

L'ensemble de ces signes permet donc d'établir le diagnostic. Epanchement pleurétique gauche considérable, chez un individu non tuberculeux, l'auscultation ayant montré l'absence de tout signe morbide dans les sommets.

6 janvier. — Le lendemain, le malade est calme : un peu de dyspnée. R. 20. P. 84. T. 38°. Soir : P. 90. T. A. 38°. Le malade ne peut se coucher que sur le dos ou sur le côté gauche.

8 janvier. — Même état. P. 90. T. A. 38° 2. Soir : P. 90 T. A. 38° 4.

9 janvier. — La dyspnée a augmenté. On se décide à pratiquer la thoracentèse. La ponction, pratiquée dans le 5^e espace intercostal gauche, est faite avec l'appareil aspirateur Potain. Il s'écoule 750 grammes de pus bien lié et inodore. On ne pousse pas plus loin la ponction, de peur que le retrait brusque du liquide n'amène un déplacement brusque du cœur, pouvant occasionner une syncope,

etc... Après la thoracentèse : P. 80. T. A. 37° 2. Soir : P. 90. T. 38°.

10 *janvier*. — Le malade se trouve mieux, il est moins gêné pour respirer. P. 90. T. A. 37° 3. Soir : P. 95. T. 38° 2.

11 *janvier*. — La percussion et l'auscultation dénotent les mêmes signes. P. 90. Temp. 38° 8.

14 *janvier*. — Seconde thoracentèse (faite avec trocart ordinaire et sac de baudruche. Il s'écoule 1000 gr. de pus. L'opération se fait sans difficulté, le malade est calme et ne tousse pas. Après la ponction : P. 80. T. 37° 6. Soir : P. 90. T. 38°. Le malade dit qu'il a beaucoup toussé pendant la journée.

15 *janvier*. — La matité a diminué un peu en arrière et en haut et dans la fosse sus-épineuse on commence à entendre un peu de murmure vésiculaire.

16, 17, 18 *janvier*. — Le malade est beaucoup mieux. Deux ponctions. R. 18.

25 *janvier*. — Nous trouvons quelques petits filets de sang dans son crachoir. Matin : P. 84. T. 37° 6. Soir : P. 90. T. 38° 4.

27 *janvier*. — Depuis hier, le malade dit être un peu gêné pour respirer, et réclame lui-même une nouvelle ponction.

28 *janvier*. — Seconde mensuration.

Côté gauche		Côté droit	
Haut	44 centimètres	Haut	45 centimètres
Milieu	44 —	Milieu	45 —
Bas	43 —	Bas	43 centimètres

31 *janvier*. — Troisième thoracentèse (trocart ordinaire et sac de baudruche. Il s'écoule 1000 gr. de pus après la ponction. P. 90. T. 37° 9.

1^{er} *février*. — Dans la journée d'hier après la ponction, le malade a beaucoup toussé : crachats blancs.

8. — Le malade se lève toute la journée, il prend de l'embonpoint et a très grand appétit.

13. — Epistaxis pendant la nuit.

14. — Un peu de dyspnée, P : 90.

16. — *Quatrième thoracentèse*. Il s'écoule 1.000 gr. de pus.

17. — Mensuration :

Côté gauche		Côté droit	
Haut	45 cent.	Haut	46 cent.

Milieu	44	—	Milieu	45	—
Bas	43	—	Bas	43	—

29. — La matité ne monte plus que jusque vers l'angle inférieur de l'omoplate. On entend le marmara vésiculaire très net, au sommet gauche et en arrière.

2 mars. — Mensuration :

Côté gauche			Côté droit		
Haut	45	cent.	Haut	46	cent.
Milieu	44	—	Milieu	45	—
Bas	43	—	Bas	43	—

3. — *Cinquième thoracanthèse*. 1800 gr. de pus. Après la ponction P. 90. T. 37.8. Soir : P. 90. T. 37.8.

4. — Sous la clavicule gauche, on constate un souffle tubaire intense, mélangé pendant la toux, de bulles de râles muqueux. Ces bruits ne sont autre chose que l'indice du murmure vésiculaire qui pénètre à nouveau dans des alvéoles, imperméables jusqu'alors.

En arrière, la matité n'existe plus que dans la moitié inférieure du poumon : dans la moitié supérieure il n'y a plus qu'un peu de submatité et dans ce point, on entend les bruits respiratoires très nets.

Le cœur est ramené lentement vers la partie gauche du thorax. La pointe qui battait à 1 cent. en dedans du mamelon droit, bat maintenant vers la moitié gauche du sternum.

26. — Voici les résultats fournis par la mensuration :

Côté gauche			Côté droit		
Haut	45	cent.	Haut	46	cent.
Milieu	43	—	Milieu	45	—
Bas	43	—	Bas	43	—

27. — En faisant mettre le malade debout, nous constatons un aplatissement latéral de la partie gauche du thorax des plus notables. Il est donc certain que la cavité pleurale se rétrécit de jour en jour par le retrait des côtes.

28. — M. Mesnet pratique la *sixième thoracanthèse*. 1360 gr. de pus. Pendant toute la durée du mois d'avril l'état du malade s'améliore de plus en plus, l'appétit est excellent, il se lève toute la journée et descend au jardin.

2 mai. — La mensuration donne les chiffres suivants :

Côté gauche		Côté droit	
Haut	43 cent.	Haut	46 cent.
Milieu	42 —	Milieu	45 —
Bas	42 —	Bas	45 —

15. — Le malade est absolument bien, il fait le service des salles ; respiration facile. Il a aujourd'hui beaucoup d'embonpoint et depuis plus de six semaines il ne tousse plus.

24. — Une dernière mensuration est pratiquée :

Côté gauche		Côté droit	
Haut	43 cent.	Haut	46 cent.
Milieu	41 —	Milieu	45 —
Bas	39 —	Bas	46 —

Le côté gauche du thorax présente un aplatissement considérable.

27. — Le malade quitte l'hôpital. Etat général excellent. La portion inférieure gauche montre toujours de la matité : mais les 3/4 supérieurs ont un peu de sonorité, dans ces points, la respiration est presque aussi pure que du côté droit.

Réflexions. — L'observation que nous venons de rapporter est un bel exemple de pleurésie purulente guérie par des ponctions successives sans empyème, ni lavage de la plèvre.

Pendant les six mois que le malade a passé dans notre service, 6 thoracentèses ont été pratiquées enlevant près de 5 litres de pus. Jamais, durant cette longue période, le malade n'a éprouvé ni malaise, ni frissons, ni accès de fièvre, jamais non plus, la qualité du pus a été altérée et dans la dernière thoracentèse, le liquide était aussi crémeux, aussi inodore que lors des premières ponctions.

Aidée par l'évacuation graduellé de liquide, la guérison s'est faite par l'affaissement et le retrait progressif de la cage thoracique et si nous comparons la première mensuration avec la dernière, nous aurons en chiffres l'évaluation de l'affaissement des côtes.

		Côté gauche		Affaissement
1 ^{re} mensuration		2 ^{me} mensuration		
Haut	47 cent.	Haut	43 cent.	4 cent.
Milieu	46 —	Milieu	43 —	5 —
Bas	45 —	Bas	39 —	6 —

Ajoutons enfin que le malade, pâle et très amaigri à son entrée, a quitté l'hôpital dans un état de santé excellent.

OBSERVATION IX. — (SAINTON. In *Thèse*, 1881, n° 96)

(*Etude sur une variété latente et bénigne d'empyème*)

Soulier Alfred, 32 ans, emballleur, entre le 15 décembre 1880, dans le service de M. le professeur Hardy,

Cet homme est malade depuis trois ans, c'est-à-dire depuis la fin de 1877. A cette époque, il aurait eu dit-il, un pneumothorax à la suite d'un effort et fut soigné à l'hôpital Saint-Antoine. Il ne subit pas alors de thoracentèse. En février 1879, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Empis. Là, on ne trouva pas de pneumothorax et une ponction amena l'issue de deux litres et demi de pus. Le malade assure qu'on avait arrêté l'écoulement avant l'évacuation complète du liquide contenu dans la cavité pleurale, et déclare s'être trouvé soulagé à la suite. Il sortit le 1^{er} mars 1880.

Cependant il ne put jamais reprendre son travail, la respiration facile au repos, devenait très pénible, au moindre effort, mais l'état général était bon ; pas de fièvre, pas de frissons, pas de sueurs.

A son entrée à la Charité, il ne se plaint que des étouffements qui l'empêchent de marcher ou de travailler et de l'impossibilité de se coucher du côté gauche. Il est un peu maigre et pâle, mais l'appétit est bon et les digestions faciles.

L'examen de la poitrine montre l'existence d'un épanchement liquide dans la plèvre du côté droit, s'élevant jusqu'à la partie moyenne de la fosse sus-épineuse. Le foie paraît un peu abaissé. Aucun signe de tuberculose aux sommets.

Il porte en outre des abcès froids, l'un au-dessous de l'extrémité du pli de l'aîne, du côté droit, qui s'est ouvert spontanément et est resté fistuleux ; un autre à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite qui a été ponctionné le 19 février dernier. A la partie interne de la cuisse droite se voit la cicatrice d'un autre abcès qui, comme les précédents s'est montré il y a quatre mois environ, le malade est encore tenu en observation et n'a pas été ponctionné de nouveau.

OBSERVATION X. — SAINTON. (in *thèse*, Paris, 1881)

Maria Thomas, âgée de 7 ans, entre le 25 mai 1879, dans le service de M. le docteur Archambault, au n° 22 de la salle Sainte-Geneviève, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Peu de renseignements précis ont pu être obtenus sur le début de la maladie de cette enfant. elle tousse, paraît-il, depuis près de deux ans, c'est tout ce que l'on peut nous dire.

Actuellement, le 1^{er} juillet, Maria Thomas est une enfant, petite pour son âge, mais d'assez bonne mine cependant : elle est gaie, reste levée pendant presque toute la journée et joue volontiers avec les autres enfants de la salle : ses mouvements sont toujours un peu lents et elle marche à petits pas sans jamais courir comme ses compagnes.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants :

En avant, toute la partie droite du thorax présente, de la clavicule au rebord des fausses côtes, une voussure considérable avec dilatation du réseau veineux sous-cutané. Dans toute cette région, la percussion donne une matité absolue, avec résistance sous le doigt, et l'auscultation fait entendre un souffle bronchique intense, dur et superficiel. Le foie est très abaissé et déborde de deux travers de doigt le rebord costal. En arrière, submatité dans toute la moitié droite du thorax, diminution du murmure vésiculaire et gros frottements pleuraux ; toute cette région thoracique droite postérieure, contraste par l'abaissement des côtes et l'affaissement qui en résulte, avec la voussure antérieure du côté correspondant.

Du côté gauche de la poitrine et au cœur, rien d'anormal à signaler.

Malgré cet état local, l'enfant n'a pas de dyspnée au repos : elle ne s'essouffle que quand on la fait marcher un peu vite.

Par moments, elle est prise de quintes de toux qui amènent de temps à autre le rejet d'une cuillerée à café environ d'un pus épais, non acré et nullement fétide. Mais cette expectoration purulente n'est pas continue et fait souvent défaut pendant plusieurs jours de suite. Notons un dernier détail : les doigts sont renflés en massue à leurs extrémités et les ongles sont convexes et recourbés d'avant en arrière.

Pendant les six derniers mois de l'année 1879, l'état général et local de Maria T. s'est peu modifié. Cette enfant a continué à bien manger : elle n'a rien perdu de son embonpoint, de sa gaieté, ni de ses forces ; seulement les déformations de pleurésie chronique droite postérieure sont de plus en plus accentuées. Le thorax s'est incurvé, l'épaule droite et le côté correspondant du cou se sont inclinés, l'attitude au repos, et la marche sont devenus tout à fait caractéristiques.

Le diagnostic de pleurésie purulente enkystée, avec vomique, avait du reste été confirmé par une ponction aspiratrice qui, pratiquée le 7 août dans le sixième espace intercostal droit, à distance égale des lignes mamelonnaire et axillaire, avait donné issue à 200 ou 300 gr. de pus épais, bien lié, phlegmoneux, sans odeur fétide. Les jours qui avaient suivi cette ponction, aucune réaction générale ni locale ne s'était manifestée : mais en présence de la parfaite tolérance de l'organisme, on ne crut pas devoir répéter cette intervention, encore moins pratiquer l'opération de l'empyème.

OBSERVATION XI. — (SAINTON. In *Thèse*, Paris, 1881)

Pyothorax latent chez un jeune homme atteint de polyurie simple depuis son enfance. Thoracentèse. Guérison.

Le nommé Rémy, ouvrier en portefeuilles, âgé de 21 ans, entre le 15 juin 1880, dans le service de M. Proust à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, n° 16.

Ce malade est atteint depuis son enfance d'une polyurie considérable émettant 10 à 12 litres dans les 24 heures. La polydipsie est naturellement très grande et en rapport avec la quantité d'urine rendue. Mais il n'a jamais été autrement incommodé par ces symptômes. Ce qui l'amène à l'hôpital, c'est que depuis deux mois, il éprouve un affaiblissement toujours croissant et de temps à autre un peu de gêne à respirer. Son état général paraît bon, il n'est pas amaigri, ses traits sont seulement un peu fatigués et pâlis. Il ne tousse pas, mais éprouve assez souvent de légères douleurs dans le côté droit. Il dit encore qu'il y a deux mois et demi il a eu un chancre de la couronne du gland avec des ganglions tuméfiés dans l'aîne.

Ce malade est d'abord examiné peu complètement, beaucoup d'au-

tres plus gravement atteints, étaient entrés le même jour, et toute l'attention se porte sur la polyurie dont il se plaint.

L'urine est claire comme de l'eau de roche, on n'y trouve aucune trace d'albumine ni de sucre. En mélangeant toute celle qui est rendue dans les 24 heures (9 litres) le dosage de l'urée donne seulement 1 gr. 25 par litre, c'est-à-dire 12 à 13 grammes d'urée par jour, quantité inférieure à la normale. C'est donc une polyurie simple, sans albuminurie, sans glycosurie ni azoturie.

Là se bornent tout d'abord nos investigations nous réservant de compléter, les jours suivants, l'examen qui paraissait n'avoir rien d'urgent.

Mais le 17 juin, dans la soirée, il est pris d'une gêne considérable de la respiration, le léger point de côté qu'il avait déjà ressenti à droite est plus marqué, la dyspnée est par moments si grande que le malade ne peut rester dans le décubitus et qu'il est obligé de s'asseoir, en proie à un besoin d'air des plus pénibles.

Le lendemain matin, le malade est encore très dyspnéique, ses lèvres, ses joues, sont légèrement cyanosés ; nous constatons alors tous les signes d'un épanchement abondant du côté droit, matité absolue, absence de vibrations locales, souffl, égoéphonie, pectoriloquie aphone.

Nous pratiquons alors la thoracentèse avec l'appareil de Potain au lieu d'élection. Mais il ne s'écoule pas de liquide par la canule ; nous avons la sensation qu'elle n'est pas dans une cavité libre, elle n'est pas non plus dans le poumon, car il n'en sort ni sang ni gaz ; il semble qu'elle soit dans un paquet de fausses membranes. Nous retirons le trocart pour l'enfoncer à quelques centimètres en arrière. Cette seconde ponction laisse écouler trois quarts de litre d'un liquide purulent, mêlé de grumeaux. Après la thoracentèse, la respiration reparait en avant et à la partie supérieure en arrière. Mais la matité reste complète dans la moitié inférieure.

Les jours suivants, le malade eut de la fièvre, la température monta jusqu'à 39°3 ; on constata les signes d'une reproduction partielle de l'épanchement, qu'on combattit par l'application de vésicatoires ; la question de la pleurotomie fut même posée un instant ; mais dès le 28 juin, la température s'abaissait et rapidement tout mouvement fébrile disparaissait. En même temps, l'épanchement diminuait visiblement.

L'amélioration dès lors, s'accroît de jour en jour, le malade recouvre ses forces, il n'existe de matité qu'en arrière et en bas, mais même en ce point, on perçoit le murmure vésiculaire, quoique affaibli ; il reste sans doute là une couche de fausses membranes, sans mélange de liquide. Le malade sort, guéri de la pleurésie, mais non de la polyurie, le 20 novembre 1880.

OBSERVATION XII. — KELSCH et VAILLARD (*Arch. de Physiologie*, juin 1886, p. 200)

Pleurésie séreuse d'abord, puis purulente. Abscess froid de la région thoracique correspondante. Empyème.

Pasq..., 25 ans, soldat au 14^{me} régiment de dragons, de constitution robuste, a eu pendant l'année 1884 une fièvre typhoïde grave et en juin 1885, une bronchite avec prédominance aux sommets, qui céda après 25 jours de traitement.

Au commencement du mois d'août de la même année, il fut pris subitement de fièvre avec point de côté droit, toux sèche, oppression, et dut rentrer à l'hôpital où l'on constate un épanchement pleurétique droit. La fièvre disparaît, mais l'épanchement augmente et une ponction devient nécessaire : elle donne issue à trois litres de sérosité citrine. A partir de ce moment la situation s'améliore : l'épanchement réduit à 1 ou 300 grammes de liquide, n'augmente plus, mais la marche développe toujours un certain degré d'oppression. Le malade reste pâle, anémique.

Vers le 10 novembre, Pasq..., attire notre attention sur un bruit insolite qui se produit dans sa poitrine à l'occasion des mouvements un peu brusques : l'auscultation fait découvrir en effet, l'existence d'un hydro-pneumothorax, qui s'était développé insidieusement sans douleur et sans trouble aucun dans l'état général.

Trois ponctions sont pratiquées du mois de janvier au 14 avril. Dans cet intervalle, un abcès froid du volume d'une pomme s'était lentement développé vers l'angle de la huitième côte droite. La collection purulente, sans communication avec la plèvre est extirpée avec le kyste le 27 janvier ; elle reposait sur le périoste de la côte. La plaie opératoire se couvre à plusieurs reprises d'un fin semis de granulations tuberculeuses que l'on détruit par des cautérisations répétées : la cicatrisation n'est complète que vers le 20 mars.

Malgré ces divers incidents, l'état général du malade n'avait cessé d'être satisfaisant ; il se levait, mangeait bien et prenait même de l'embonpoint. Aussi n'est-ce que sur ses pressantes instances que nous pratiquons l'empyème le 29 avril. A dater de ce moment la situation décline, malgré les lavages antiseptiques quotidiens. La température s'élève chaque soir : des sueurs nocturnes, de la diarrhée apparaissent de temps à autre. La suppuration pleurale tend à se tarir, mais l'amaigrissement fait des progrès sensibles, et actuellement Pasq... est dans un état cachectique prononcé, cependant l'affection semble absolument localisée dans la plèvre, il n'y a aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Pendant l'opération de l'empyème, il a été nécessaire de réséquer une portion de la dixième côte sur une étendue de 3 centimètres afin de faciliter le placement des drains. La portion de la plèvre attenante a été recueillie pour l'examen histologique.

Examen histologique du fragment de plèvre costale excisé pendant l'opératoire de l'empyème.

Le fragment excisé mesure environ 1 cent. d'épaisseur et comprend :

1° La plèvre proprement dite un peu épaisse et hyperhémiee.

2° Une néomembrane dont les dimensions atteignent 7 ou 8 millimètres d'épaisseur. Fibreuse à sa partie profonde et presque entièrement cellulaire vers la surface, elle est parsemée de follicules tuberculeux typiques. Bon nombre de ses vaisseaux capillaires sont oblitérés par des leucocytes ou de l'endothélium proliféré, et les vaisseaux d'un certain calibre y présentent parfois l'altération vitreuse, sur un segment plus ou moins étendu de leur paroi. A ce niveau, existent d'ordinaire, de petits foyers hémorragiques plus nombreux dans la partie profonde que dans la zone superficielle. Celle-ci est composée d'éléments nécrosés et rappelle exactement le centre de certains foyers tuberculeux. Elle est criblée de follicules en voie de régression, qui affleurent à la surface et s'étendent souvent le long des vaisseaux, perpendiculairement à cette dernière, de façon à constituer de véritables traînées parallèles entre elles. Quand ces traînées se ramolissent ou s'éliminent, il en résulte des pertes de substance de formes très diverses et une sorte d'aspect frangé de la surface.

OBSERVATION XII. — RELSCH et VAILLARD. — *Arch. de physiologie*, juin 1886, p. 199).

Bor..., 21 ans, détenu, était en traitement à l'hôpital du Val-de-Grâce depuis 6 semaines pour un abcès froid de la marge de l'anüs et pour bronchite, lorsque dans les premiers jours du mois de février 1885, il commença à ressentir dans le côté gauche du thorax une douleur vague qui, le 11 mars suivant se changea brusquement en violent point de côté accompagné de frissons et de fièvre.

Dès le lendemain, on constata un épanchement pleurétique d'abondance moyenne. Le 15 mars éclatèrent tout à coup les symptômes d'une péritonite subaiguë, à laquelle le malade succombe le 17 au matin.

Autopsie. — Abdômen : lésions de la péritonite subaiguë avec éruption granuleuse plus marquée sur la séreuse viscérale.

Foie. — Périhépatite récente : groupes de tubercules disséminés au niveau de la surface convexe. Parenchyme pâle, un peu graisseux. La rate et les reins sont normaux.

Thorax. — La plèvre et le poumon droits sont absolument intacts : on n'y découvre pas traces de tubercules.

La plèvre gauche contient environ 600 grammes d'un liquide louche puriforme ; elle est légèrement épaissie (1 millimètre), d'un rouge foncé, hémorragique et recouverte à sa surface de petites masses fibrineuses, réticulées et molles. Au dessous, la séreuse apparaît parsemée d'un certain nombre de grains blanc-grisâtres, brillants, d'une excessive petitesse.

Dans le poumon, existent deux petits nids de granulations miliaires, évidemment récentes, situées au-dessous de la plèvre, le parenchyme est indemne dans le reste de son étendue.

Examen histologique. — Plèvre costale et diaphragmatique. La plèvre, proprement dite, est œdématisée, sillonnée de cellules migratrices. Dans sa partie moyenne, s'étendent de nombreux vaisseaux entourés de nappes hémorragiques, on y rencontre quelques rares follicules tuberculeux.

La néomembrane présente à peu près la même épaisseur que la plèvre. La structure est assez simple : un réseau vasculaire, dont les principaux troncs, souvent thrombosés, se dirigent perpendiculairement à la surface des éléments cellulaires remplissant les mailles

de ce réseau sans substance fondamentale apparente, et enfin quelques follicules tuberculeux; telles sont les différentes parties constitutives du tissu nouveau. Mais sur la plupart des préparations, les détails de cette structure sont masqués, soit par les hémorragies interstitielles, soit par la nécrose des éléments cellulaires. Les premières sont en effet très communes. Quant à ces derniers, ils sont la plupart, convertis en petits blocs vitreux, réfringents, très sensibles au carmin, absolument réfractaires à l'hématoxyline; parfois, ils s'agglomèrent en masses irrégulières ou en traînées parallèles à la surface. Enfin les follicules tuberculeux sont plus nombreux ici que dans la plèvre proprement dite. A la surface s'étale un exsudat fibrineux, plus ou moins épais, sous forme de strates ou de réseaux dont les larges mailles contiennent des leucocytes hypertrophiés, pâles et granuleux.

Plèvre pulmonaire. — Elle n'est pas sensiblement différente des précédentes. Les granulations tuberculeuses y sont plus clairsemées, mais les hémorragies acquièrent un degré excessif, dans l'épaisseur de la néomembrane.

OBSERVATION XIV. — M. DEBOVE (in *Soc. méd. des Hôp.*, 11 fév., 1887, p. 73)

La première observation est celle d'un homme âgé de 30 ans que j'ai observé à Bicêtre, en 1882.

L'année précédente, il avait été pris d'une pleurésie aiguë qui fut ponctionnée deux fois au dire du malade; la première fois le liquide aurait été clair, la deuxième fois purulent; deux mois plus tard (septembre 1882), le malade entra dans notre service et nous constatons chez un homme assez maigre, d'aspect chétif, un épanchement purulent du côté droit.

Le début des accidents pleurétiques paraissait remonter à une période de six mois avant son entrée dans notre service. Le pus était bien lié, ne présentait aucun caractère spécial.

Ce qui frappait surtout notre attention, c'était malgré l'abondance de la collection purulente, le peu d'élévation de la température qui le soir ne dépassait pas 37°5.

Nous nous décidâmes à pratiquer l'empyème le 9 novembre. Il s'écoula trois litres de pus; les précautions antiseptiques les plus

minutieuses furent prises. On fit un seul lavage, et l'antisepsie fut telle qu'il n'y eut ni fièvre, ni mauvaise odeur des sécrétions, d'ailleurs peu abondantes, mais le poumon n'avait aucune tendance à se dilater pour remplir la cage thoracique et, le 17 janvier, une opération d'Estlander fut pratiquée par un chirurgien de nos collègues. Le malade mourut peu d'heures après l'opération. L'autopsie démontra que le poumon était réduit à une sorte de moignon rétracté vers le hile, aplati et comme perdu au milieu des fausses membranes. Il y avait quelques tubercules au sommet du poumon gauche et ils ne s'étaient traduits pendant la vie par aucun symptôme appréciable.

Il résulte pour moi de l'examen anatomique de ce poumon que, dans de pareilles conditions, l'accolement des deux parties pleurales était tout à fait impossible.

OBSERVATION XV. — M. DEBOVE (*Soc. méd. des Hôp.*, fév. 1887)

Le nommé G..., est entré à l'hôpital le 2 mars 1885, il présentait tous les signes d'un épanchement pleurétique abondant. Voici comment avait débuté sa maladie :

Pendant l'hiver 1883, il fut pris de rhume, eut quelques hémoptysies, un amaigrissement notable et son état s'améliora pendant l'été. Il eut une syncope au mois d'octobre et en revenant à lui, il fut en proie à une dyspnée très intense. Un médecin appelé, déclara que le poumon était crevé (*sic*) ; je crains que notre confrère n'ait pris la pleurésie pour un pneumo-thorax.

Huit jours plus tard, le malade entra à l'hôpital Laënnec. On diagnostiqua une pleurésie : on veut la ponctionner, le malade s'y refuse et quitte le service. Il entre ensuite à Saint-Antoine, du 10 janvier au 1^{er} mars.

On fait deux ponctions : le liquide était transparent, au dire du malade ; la première fois, on extrait trois litres de liquide, la deuxième fois, un litre. Il se croyait guéri lorsque vers le mois de novembre 1884, il est pris de toux, de dyspnée, de douleurs dans le côté droit. Ces phénomènes, augmentant peu à peu, l'obligent à entrer dans notre service le 2 mars 1885.

L'apparence du malade était alors assez bonne, il n'était pas amaigri, sa face était colorée. La dyspnée et les douleurs thora-

ciques dans le côté droit étaient les seuls troubles fonctionnels. La température ne dépassait jamais le soir 37°8. L'exploration physique du thorax, fit reconnaître un épanchement énorme du côté droit, une ponction exploratrice nous montra que cette pleurésie était purulente.

Dans le cas actuel, il est difficile de savoir exactement comment les choses se sont passées, au début, mais on peut cependant dire qu'il s'agit d'une pleurésie séreuse latente, transformée ultérieurement en pleurésie purulente.

L'épanchement était énorme; je dis énorme, parce qu'en effet pratiquant l'empyème, le 5 mars, nous tirons de la plèvre 9 litres de pus. Je dis 9 litres, et il ne s'agit pas ici d'une approximation, mais d'une mensuration exacte faite aussitôt après l'opération, en présence des élèves du service; je ne connais pas d'exemple d'épanchement aussi abondant.

Les précautions les plus soigneuses furent prises : l'antisepsie fut rigoureuse et faite suivant les procédés exposés par nous dans notre précédent mémoire, nous n'en voulons d'autre preuve que l'état satisfaisant du malade qui se maintint apyrétique jusqu'au 28 novembre, ou plus exactement, il y eut de temps à autre de petites poussées fébriles, qui disparaissaient par un lavage avec des solutions faibles de bichlorure de mercure.

Mais si à cette époque, l'état général était satisfaisant, nous devons reconnaître qu'il n'y avait aucune tendance à l'accolement des parois pleurales. Nous fîmes examiner notre malade par un chirurgien de nos collègues qui conseilla une opération d'Estlander : elle fut pratiquée dans les conditions voulues de soin et d'habileté chirurgicale.

Le malade survécut peu de jours à l'opération. L'autopsie montra que le poumon n'avait aucune tendance à combler le vide thoracique; il était si grand, qu'une opération chirurgicale ne pouvait amener aucun résultat satisfaisant.

OBSERVATION XVI. — M DEBOVE (*Soc. Méd. des Hôp.* 11 février 1887).

Le nommé H. . . , âgé de 39 ans, est admis dans mon service le 11 février 1884.

Il était malade depuis six mois; sa santé était jusque-là bonne,

lorsque peu à peu, il sentit ses forces décliner, cracha quelques filets de sang, mais jamais il ne dut garder le lit, ni même interrompre son travail avant son entrée à l'hôpital.

Nous constatons alors qu'il est apyrétique un peu amaigri et qu'il présente, à une certaine pâleur près, l'apparence d'une assez bonne santé ; il n'y a pas même d'anhélation, lorsqu'on l'observe à l'état de repos. L'examen du thorax nous révèle l'existence d'un épanchement considérable du côté gauche. Le diagnostic pleurésie latente est posé ; nous pratiquons la thoracentèse et nous retirons un litre d'un liquide séro-purulent : ce n'était pas du pus franc, mais un épanchement séreux louche. Nous croyons qu'il restait bien deux litres de liquide dans la plèvre, suivant notre habitude, nous n'avons pas enlevé la totalité de l'épanchement.

Il est important de noter que la purulence s'est produite d'emblée avant toute thoracentèse.

On est obligé de reconnaître qu'ici la thoracentèse ne peut être incriminée. Dès que cette opération fut introduite dans la pratique courante, on l'accusa de produire la purulence et je crois qu'on avait raison ; la théorie des germes microbiens est venue nous démontrer la cause pathogénique de cette transformation, aussi a-t-on recommandé, pour éviter le danger d'opérer avec des instruments soigneusement désinfectés.

Nous même, avons insisté sur ce point dans un cas où il nous parut que des germes venus du dehors avaient été la cause des accidents, et nous avons préconisé l'emploi de l'étuve pour stériliser les trocars.

Mais on exagère aujourd'hui cette doctrine et il semblerait que toutes les pleurésies séreuses qui deviennent purulentes le deviennent par un défaut de soin de l'opérateur et ne sauraient le devenir spontanément.

Chez notre malade, dès la première ponction, l'épanchement était réellement purulent ; pour dire vrai la purulence légère, au moment de la première ponction, avait un peu augmenté au moment de la seconde ponction. deux mois plus tard.

Dans l'année 1884, je fis quatre ponctions, chaque fois l'épanchement s'est reproduit : je me suis lassé et depuis 18 mois je me suis abstenu de toute intervention thérapeutique.

Voici aujourd'hui l'état de notre malade :

Il a un épanchement thoracique gauche très abondant que j'évalue à 3 litres. Je ne rappelle pas les signes classiques des épanchements considérables, je signale seulement le déplacement du cœur. La pointe bat au niveau de l'extrémité sternale, mais on sent un frémissement synchrone aux contractions cardiaques, qui se perçoit très nettement dans toute la région sous-mammaire droite, le cœur a subi une dislocation : la pointe est retenue par l'insertion du péricarde sur le diaphragme, mais la base a été rejetée à droite.

La fièvre est nulle ou peu marquée, la température étant de 37° le matin, 37°6 le soir, exceptionnellement 38°. L'appétit est assez bon, les digestions sont un peu lentes, l'embonpoint est suffisant quoiqu'il y ait un peu d'amaigrissement depuis 2 ans.

Le malade se promène toute la journée, et travaille volontairement en aidant les infirmiers de nos salles.

Le liquide de l'épanchement est absolument opaque, mais peu épais, les globules de pus nagent dans une plus grande quantité de sérum que dans les pleurésies purulentes aiguës. On y trouve les microcoques observés en pareille circonstance, mais ici ils sont beaucoup moins nombreux que d'habitude.

Je terminerai en disant qu'il n'y a chez cet homme aucun signe de tuberculose.

OBSERVATION XVII. — DESPLATS, de Lille. — (*Société médicale des hôpitaux*, 25 février 1887, p. 90.)

Pleurésie purulente latente traitée avec avantage par les simples ponctions aseptiques répétées.

Léonard M..., 32 ans, menuisier, entra pour la première fois dans mon service, le 5 décembre 1882. Il toussait depuis 2 ans et avait eu plusieurs hémoptysies. Au moment de son entrée, le phénomène saillant était la dyspnée. Il n'avait pas de fièvre.

L'examen de la poitrine révélait l'existence d'un épanchement énorme : la matité était absolue dans toute la hauteur du côté droit et la mensuration donnait de ce côté 47 centimètres et de l'autre 43.

Le 6, je retirai 1200 centimètres cubes d'un liquide louche.

Le 8, 1500 centimètres cubes.

Le 22, 2300 centimètres cubes d'un liquide plus nettement purulent.

Le 26, 1500 centimètres cubes d'un liquide plus séreux que le précédent. Il n'y avait toujours pas de fièvre. L'état général était excellent. Quant à la plèvre du côté malade, elle paraissait très épaisse.

Le 3 février, le malade sortait se croyant guéri, mais il rentrait le 10 avril.

On le ponctionnait le 13 et le 18, et il ressortait pour la seconde fois le 8 mai. Une ponction faite le 15, n'avait rien donné.

Au bout de quelques semaines, ce malade, reprenait son travail et le continuait sans interruption pendant 2 ans 1/2.

Il rentrait à l'hôpital, se plaignant de dyspnée, en avril 1885. A ce moment, on constatait surtout de la sclérose, et il sortait quelques jours après pour rentrer en novembre.

Depuis, il a subi 4 ponctions, et chaque fois on a retiré de 1200 à 1800 centimètres cubes de vrai pus.

Son état général s'améliore, sa dyspnée disparaît, ses forces reviennent. Il n'a jamais eu de fièvre. Un intervalle de 2 mois s'est écoulé entre les 2 dernières ponctions. Je suis convaincu, que bientôt il pourra sortir et reprendre son travail.

Cette forme de pleurésie purulente ne peut être comparée qu'aux abcès froids.

OBSERVATION XVIII. — COURTOIS-SUFFIT. (In, *Thèse*, Paris, 1891,
Les Pleurésies purulentes.)

Pleurésie purulente tub. — Émphyème pulsatile ancien et latent, 7 ponctions en 2 ans. — Pendant 1 ans, guérison apparente. — Entrée de nouveau à l'hôpital en 1889 avec un pneumothorax et une caverne manifeste au sommet droit. — Les 7 ponctions donnent ensemble près de 25 litres de liquide.

Le commencement de cette observation est rapportée par M. Comby in *Arch. gén.*, 1883 et la fin par M. Netter. Soc. méd. des Hôp., 1890.

V..., 24 ans, tourneur sur bois, entre le 21 mai 1883 dans le service de M. Siredey, à Lariboisière. Antécédents héréditaires et personnels excellents.

Homme vigoureux, de haute taille (1 m. 72). En 1880, il contracta une bronchite rebelle suivie de plusieurs hémoptysies; il entre à l'hôpital et n'en sort que pour être mis en réforme en sept. 1881.

Depuis cette époque, il se plaint d'une oppression constante et d'un point de côté à gauche, léger et très variable. Pas d'expectoration, toux rare, affaiblissement graduel et émaciation. Il porte sur le côté gauche des traces de ventouses scarifiées, mises en 1881. Il est probable que la pleurésie existait dès cette époque.

Depuis sa mise à la réforme, le malade a pu reprendre son métier de tourneur sur bois, avec quelques interruptions dues à la dyspnée. Les fonctions digestives s'exécutaient bien, pas de fièvre, pas de diarrhée, mais dans ces derniers temps, l'affaiblissement et la dyspnée ont fait des progrès.

Samedi 19 mai. — Le malade a été obligé de quitter son travail, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Le malade n'accuse aucune souffrance, il respire normalement et se couche indifféremment à gauche ou à droite sans voir sa dyspnée augmenter.

Pouls : 84, Temp. axillaire : 39°5, le soir de l'entrée à l'hôpital; 37° le lendemain. Bon appétit, état général satisfaisant, pas de points de côté, pas de crachats, pas de toux. Le malade étant couché sur le dos, la poitrine découverte; deux choses frappent aussitôt : 1° une voussure de tout le côté gauche; 2° des battements à droite. Il semble qu'on ait affaire à une transposition complète du cœur. Le cœur non seulement est porté à droite du sternum, mais il semble même remonté car les battements sont visibles dans les 2^e, 3^e, 4^e et 5^e espaces intercostaux droits. Les bruits du cœur à l'auscultation semblent très superficiels et ont un éclat métallique. Pas de souffle : à la région précordiale rien de semblable et cependant, en regardant attentivement, on voit un soulèvement léger et en masse de la paroi thoracique qui donne à la main une sensation toute différente de celle que donne le cœur. Tous les espaces intercostaux gauches semblent dilatés et bombés. Il existe une matité absolue depuis la clavicule jusqu'au-dessous des fausses côtes. La rate est abaissée. Dans le sens transversal, la matité ne s'arrête pas à la ligne médiane du sternum, elle déborde de plusieurs centimètres sur le côté droit de la poitrine.

Il semble que tout le médiastin ait été refoulé en masse ; le foie lui-même est abaissé, quoique l'épanchement siège à gauche. Dans toute l'étendue de la matité, les vibrations sont abolies, le silence est complet à l'auscultation.

Seuls, les bruits isochrones à ceux du cœur, s'entendaient nettement et comme dans le lointain. A droite, la respiration est pure et forte. En arrière, tous les signes sont les mêmes qu'en avant, matité absolue à gauche, perte des vibrations, silence ; élargissement des espaces intercostaux, soulèvement de la main par des battements isochrones à ceux du cœur.

Les pulsations visibles dans toute la moitié inférieure du côté gauche ne sont nulle part plus accusées qu'en arrière, dans une zone qui comprend les 7^e, 8^e, 9^e et 10^e espaces. Pas d'œdème, pas de changement de couleur à la peau.

A la mensuration on trouve 40 cent. pour la demi-circonférence gauche et 44 pour la droite.

24 mai. — Le malade se plaignant de toux et de gêne dans le côté, M. Siredey pratique la thoracenthèse, plus de 3 litres s'écoulent sans que le malade éprouve la moindre gêne.

Vers la fin de l'opération seulement, il éprouva un picotement à la gorge ; son visage devient pâle et humide, l'évacuation est suspendue et on laisse environ 1 litre de liquide dans la poitrine ; suivent les signes d'un pneumothorax.

20 juin. — Le malade commence à être repris d'oppression, l'épanchement augmente, et le pneumothorax est de plus en plus refoulé en haut.

13 juillet. — L'épanchement étant redevenu très abondant et les pulsations ne différant pas de ce qu'elles étaient au début, une nouvelle ponction est faite, qui donne issue à 5 litres de pus.

Le malade séjourne donc dans le service de M. Siredey, du mois de mars 1883 au mois de juillet 1885.

- Il lui a été fait durant ce séjour, 7 ponctions qui ont fourni :

24 mai 1883 : 4 litres. — 13 juillet 1883 : 5 litres. — 2 octobre 1883 : 3 litres. — 15 octobre 1883 : 2 lit. 500. — 15 mars 1884 : 2 lit. 600. — 30 août 1884 : 5 litres. — 8 juin 1885 : 2 lit. 500 ; donc 22 lit. 600. De juillet 1885 au 10 avril 1889, cet homme a pu reprendre sa profession de tourneur. A sa rentrée, en 1889, on a

constaté la persistance du pneumothorax gauche en même temps que le développement d'une cavité tuberculeuse au sommet droit. Il existait encore une certaine quantité de liquide comme le témoignait le succussion hippocratique. Depuis, ce liquide s'est résorbé et le pneumothorax est tout à fait pur.

OBSERVATION XIX. — PRAT (In *Thèse*, Paris, juillet 1892.)

Ponctions suivies d'injections antiseptiques, communiquée par M. le docteur Pignol, ancien chef de clinique de la Faculté.)

Mlle X..., âgée de 26 ans, profession artiste peintre : au mois de juillet 1891, apparition d'une pleurésie occupant la partie postérieure et latérale de l'hémithorax droit. La percussion donne une matité complète, partant de la partie moyenne de la clavicule droite, descendant verticalement du bord antérieur de l'aisselle, jusqu'à la partie moyenne du bord inférieur des côtes. En arrière la ligne de matité part du sommet du creux de l'aisselle et gagne, en passant obliquement au-dessous de l'épine de l'omoplate, la colonne vertébrale. Dans toute la zone mate, la palpation fait percevoir une abolition complète des vibrations thoraciques qui sont exagérées au-dessus de la zone mate. A l'auscultation, on entend un souffle à timbre amphorique, de la pectoriloquie aphone et de l'égophonie.

Antérieurement, la malade avait présenté une lésion au sommet droit, caractérisée par de l'expiration soufflante, des craquements humides et dont la nature avait été démontrée par la présence de nombreux bacilles dans l'expectoration.

Une 1^{re} ponction donne issue à 2 l. 1/2 de liquide séro-purulent dans lequel l'examen bactériologique révèle la présence de staphylocoques et de bacilles de Koch peu nombreux et très difficiles à découvrir.

Un mois après la ponction, l'endroit où a passé le trocart devient le siège d'une tuméfaction indolore, de consistance molle et qui grossit progressivement jusqu'à dépasser le volume d'un gros œuf. Cette tuméfaction présente tous les caractères d'un abcès froid.

On décide de la ponctionner et d'y pratiquer une injection de naphthol camphré. La ponction démontre que cette cavité communique avec l'épanchement pleural et permet d'extraire 1 litre 1/3 de liquide franchement purulent sans odeur. On est obligé d'inter-

rompre la ponction, à cause de la toux et de la sensation de tiraillement qui survient, on fait alors pénétrer dans la plèvre 50 grammes de naphtol camphré.

La poche extérieure est traitée par un pansement compressif. A la suite de cette ponction l'état général s'améliore d'une façon très notable, et la tuméfaction de l'abcès froid diminue progressivement.

A la suite d'un refroidissement, le liquide se reproduit lentement et au mois d'octobre, une nouvelle ponction suivie d'une injection de naphtol camphré et d'aristol en suspension dans la glycérine, est pratiquée, elle donne issue à deux litres de liquide, ayant l'aspect d'une émulsion et contenant en suspension des gouttelettes de naphtol camphré parfaitement reconnaissables.

Les conditions dans lesquelles se fait cette ponction et les modifications des signes stéthoscopiques indiquent le rétrécissement graduel de la poche. On décide de pratiquer de temps en temps, à intervalle rapproché, des ponctions suivies d'injections antiseptiques. La présence de fausses membranes rend les ponctions on ne peut plus difficiles.

Notons seulement qu'après l'injection d'une certaine quantité d'iodoforme, (3 grammes environ), on a pu observer quelques phénomènes attribuables à l'intoxication iodoformique (anorexie, injection des yeux, saveur désagréable dans la bouche et céphalée intense).

La dernière ponction est pratiquée le 15 janvier, la malade étant atteinte d'une grippe de moyenne intensité. Elle donna 1 lit. 1/2 de liquide épais, verdâtre, exalant une odeur de camphre intense. Le 20 janvier toux quinteuse, suivie de rejet, d'une quantité de liquide qu'on peut évaluer à environ 2 litres en 24 heures. Ce liquide exhale une odeur de camphre très marquée. La malade rend compte qu'elle retrouve au fur et à mesure de l'expectoration les caractères (goût, odeur), des antiseptiques qui avaient été injectés à plusieurs reprises dans la plèvre. A partir de ce moment, l'état général se relève avec une rapidité surprenante.

Série des poids

Le 2 septembre, 105 livres.

20 — 107 —

1 octobre. 110 —

5 — 112 —

12 novembre,	113,775
7 décembre,	116,840
2 janvier,	120,840
11 mars,	123,640

Pendant l'évolution de cet empyème, l'état général n'a donc pas cessé de s'améliorer progressivement, ce qui prouve la diminution de la septicité du liquide. Actuellement (juillet 1892), l'examen de la malade donne les résultats suivants :

A l'inspection, il ne reste qu'une trace à peine visible, sous forme d'une petite cicatrice étoilée de l'abcès froid.

A la percussion, la sonorité et l'élasticité sont diminuées dans toute l'étendue précédemment occupée par l'épanchement. Mais il n'y a nulle part de matité vraie. Dans les mêmes points, les vibrations vocales sont atténuées, mais ne sont totalement absentes que dans une bande de deux centimètres de hauteur occupant la partie inférieure du thorax.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire s'entend partout, et la présence de frottement indique que le poumon a recouvré au moins en grande partie sa mobilité. Il n'existe aucune déformation, aucun retrait appréciable de la paroi thoracique. L'état général est en parfait accord avec les signes locaux.

OBSERVATION XX. — M. A. BÉCLÈRE, médecin des Hôpitaux
(*Société médicale des Hôpitaux*, 1894, 25 mai, p. 339).

M. Louis P..., âgé de 31 ans, employé aux écritures, est issu de bonne souche; il a perdu sa mère, morte en couches d'infection puerpérale, mais son père et son frère sont vigoureux et bien portants. Il a joui d'une excellente santé jusqu'en 1891 : en 5 ans de service militaire il n'est pas entré une fois à l'hôpital, et n'a fait à l'infirmerie, qu'un court séjour pour une orchite, qualifiée de traumatique. C'est au mois de l'année 1891 que rappelé au régiment comme réserviste, et à la suite de marches et d'exercices assez pénibles, il a dû garder le lit trois semaines; il était alors soigné pour une bronchite; c'est à cette époque que sans point de côté, sans dyspnée subite, en un mot sans aucun des troubles fonctionnels qui, d'ordinaire, marquent le début du pneumothorax, il s'aperçut que les mouvements du tronc s'accompagnaient d'un bruit perceptible

à distance, entendu par sa femme comme par lui-même, bruit qu'il désigne spontanément sous le nom de *bruit de barrique à moitié vide*. En avril 1892, huit mois après le début des accidents, il se confie aux soins du docteur Marieux qui constate tous les signes d'un pneumothorax accompagné d'un abondant épanchement de liquide dans la plèvre gauche, et reconnaît que le cœur bat au voisinage du mamelon droit, comme s'il s'agissait d'une véritable inversion de cet organe.

M. Dujardin-Beaumetz, notre éminent collègue, appelé auprès du malade par le docteur Marieux, le 5 mai 1892, confirme le diagnostic de pneumothorax avec épanchement liquide, affirme l'origine tuberculeuse et la nature purulente de cet épanchement, malgré l'absence absolue de fièvre et déconseille, au moins pour le présent, la thoracenthèse : son attention est très vivement attirée par l'extraordinaire déviation du cœur à droite ; jamais sa longue expérience ne lui a montré semblable déplacement. Sous l'influence combinée du repos, des révulsifs, pointes de feu, vésicatoires, de l'emploi de l'arsenic, des diurétiques, du lait en particulier, et de l'évolution naturelle de la maladie, l'état de Louis P... s'améliore au point qu'après onze mois de réclusion, le 1^{er} octobre 1892, il peut reprendre ses occupations, il est vrai, peu fatigantes, descendre chaque matin et remonter chaque soir ses trois étages pour aller, à 600 mètres environ de son logement, passer la journée dans un bureau, au rez-de-chaussée ; d'ailleurs il n'y demeure pas toujours assis, occupé à écrire, mais va et vient, le plus souvent d'une pièce à l'autre, sans éprouver de gêne notable de la respiration, sinon quand il fait un effort. Sa vie s'écoule ainsi, calme et régulière du 1^{er} octobre 1892 jusqu'au milieu d'avril dernier. Mais alors, sans cause appréciable, la dyspnée habituelle va progressant chaque jour, s'accroît à tel point que le 5 mai il se voit obligé d'abandonner ses occupations et de garder la chambre.

Je le vois trois jours après, le 8 mai, avec mon ami, le docteur Marieux. Nous le trouvons au lit, avec un pouls fréquent qui bat 104 fois à la minute mais sans fièvre aucune, la température rectale ne dépasse pas 37°4, il a la langue nette, se félicite d'un appétit intégralement conservé, a bien dormi la nuit précédente, et se plaint seulement d'une gêne pour respirer qu'accentue le moindre effort,

A l'inspection du thorax manifestement asymétrique, saillant et globuleux dans sa moitié gauche, ce qui attire tout d'abord l'attention, c'est de voir les quatrième et cinquième espaces intercostaux au voisinage du mamelon fortement soulevés par les battements du cœur : les battements au palper ne se font pas seulement sentir dans les points que je viens de dire, ils frappent énergiquement le doigt dans le *sixième espace intercostal droit, à 17 centim. de la ligne médiane* ; l'auscultation ne fait entendre aucun souffle mais des bruits forts et réguliers : involontairement on pense à une transposition des viscères. L'ampliation du côté gauche, l'absence de tout bruit respiratoire, de toute sonorité et de toute vibration dans cette moitié du thorax, contrastant avec l'intégrité du poumon droit, montrent assez que le cœur est anormalement déplacé par un abondant épanchement pleural. Dans la région axillaire gauche, les sixième, septième et huitième espaces intercostaux sont soulevés par des pulsations isochrones aux battements cardiaques. Ces pulsations sont à peines visibles et se révèlent presque exclusivement au palper ; mais le doigt les perçoit aussi nettement qu'il perçoit à droite le cœur lui-même.

Cette pleurésie est pulsatile, et ce signe rare suffit pour affirmer que l'épanchement est purulent. Une ponction faite avec la seringue de Pravaz, en donne immédiatement la preuve.

Mais, c'est en vain que nous cherchons en déplaçant brusquement le malade, qui s'y prête fort bien à produire un bruit de succussion, il nous est impossible de trouver le moindre signe de pneumothorax. Le malade nous fournit un renseignement important : depuis le mois de novembre 1891, c'est-à-dire depuis 2 ans 1/2, il n'a, pour ainsi dire, pas cessé d'entendre chaque jour, lors des mouvements du tronc, en montant au lit ou en le quittant, un bruit de tonneau à moitié vide, que sa femme entendait comme lui, jusqu'au milieu du mois d'avril dernier, c'est-à-dire jusqu'au début des accidents actuels ; mais ce bruit est allé s'affaiblissant à mesure que croissait la dyspnée, et depuis 2 à trois semaines, il a complètement disparu. Comme il est urgent de remédier à la dyspnée croissante du malade, la thoracenthèse est décidée.

Le lendemain, 9 mai, nous constatons un très léger œdème de la paroi thoracique gauche. Dans la région axillaire de ce côté, au

milieu du sixième espace intercostal, là où les pulsations sont le plus fortement perçues par le doigt, une ponction faite avec le trocart de l'aspirateur Potain, nous permet de retirer lentement 2.800 gr. d'un pus blanchâtre bien lié, et ressemblant à du lait. L'opération prend fin quand commence le premier accès de toux.

Après cette évacuation, la matité persiste sous la clavicule gauche, mais le silence respiratoire fait place dans le 1^{er} espace intercostal à un bruit légèrement soufflant, qui diffère du murmure normal perçu à droite, sans avoir nullement le timbre amphorique. Le pouls s'est abaissé seulement de 104 à 100 pulsations. Le cœur s'est déplacé dans le sens de sa position normale, mais bien faiblement : on perçoit au palper ses battements dans le 5^e espace intercostal droit au niveau de la ligne verticale mamelonnaire à 11 centimètres de la ligne médiane. Pas plus après qu'avant la ponction, il ne nous est possible de provoquer un bruit de succussion.

Le malade est très soulagé, par cette thoracenthèse, la température rectale prise régulièrement matin et soir, les jours suivants ne dépasse 37°7. L'appétit est plus que jamais excellent. Il sort et reprend ses occupations habituelles, le 15 mai.

Le 15 mai, je puis l'examiner plus à loisir et noter ainsi qu'il suit, son état, qui ne doit guère différer de celui d'aujourd'hui.

L'inspection du thorax montre l'asymétrie de ses deux moitiés, la saillie et l'ampliation du côté gauche, elle fait voir les battements du cœur à droite sur une large surface qui comprennent les 4, 5 et 6^e espaces intercostaux de ce côté, la paroi thoracique est fortement soulevée et paraît à la fois le siège d'un long mouvement d'ondulation. Les battements cardiaques manifestement augmentés d'énergie, sont perceptibles au palper, à la fois dans le 3^e, dans le 4^e et surtout dans le 5^e espace intercostal, sur la ligne verticale mamelonnaire à 11 centimètres de la ligne médiane. Avec le choc cardiaque prédominant dans le 5^e espace intercostal et le soulèvement visible au même point coïncide, très exactement, un mouvement inverse de la paroi thoracique, une dépression, un retrait du 6^e espace visible à chaque contraction cardiaque en dehors du mamelon, à 15 centimètres de la ligne médiane.

De plus, à la percussion en avant, le côté droit est sonore, le côté gauche est mort, mais la ligne de démarcation entre ces deux zones

de sonorité et de matité, s'éloigne fort de la ligne médiane : c'est une ligne qui commençant en dehors de l'articulation sterno-claviculaire droite, gagne obliquement le mamelon droit et devient ensuite encore plus oblique en dehors, pour rejoindre au niveau du bord vertical antérieur de l'aisselle, dans le 8^e espace intercostal, la ligne horizontale, limite supérieure de la matité hépatique.

On voit par la direction de cette ligne, combien est étendue la zone de matité thoracique, combien elle déborde à droite le sternum, elle comprend toute cette partie du thorax où se voit le mouvement d'ondulation, où se perçoit le choc cardiaque décrit plus haut. Tous ces signes permettent d'affirmer qu'à ce niveau, le sac péricardique adhère intimement à la paroi thoracique, il y a même lieu de se demander si le retrait du 6^e espace, ne dénote par une adhérence des deux feuillets du péricarde, mais nous n'oserions l'affirmer.

Le cœur ainsi fixé et retenu à droite, fait entendre à l'auscultation, des bruits réguliers et forts auxquels s'ajoute, depuis la ponction, un bruit de souffle nettement systolique, doux, léger, superficiel, aspiratif; le bruit s'entend dans une aire assez limitée qui n'est guère plus grande qu'une pièce de 5 francs et prédomine dans la 5^e espace, un peu en dedans du point, où sont le plus fortement perçues au doigt les battements cardiaques. Il change d'intensité avec les changements de position du malade, s'affaiblit dans le passage du décubitus dorsal à la position assise, mais est modifié surtout par les mouvements respiratoires, s'atténue pendant l'inspiration, et se renforce pendant l'expiration.

C'est sûrement un souffle inorganique ; il possède tous les caractères attribués aux souffles extracardiaques, et cependant il est difficile d'admettre qu'au niveau de son maximum d'intensité, une lame de poumon soit placée au devant du cœur.

L'examen des poumons montre l'intégrité du poumon droit qui résonne, respire et vibre comme il faut, sans présenter de signes de tuberculose au sommet. Le malade, d'ailleurs, tousse à peine et ne crache pas. A gauche, à la percussion, on trouve au sommet, sous la clavicule, et dans la fosse sus-épineuse, dans une faible étendue, un peu de sub-sonorité, partout ailleurs une matité absolue qui déborde, comme j'ai dit plus haut, le bord droit du sternum pour atteindre le mamelon, et s'étend en bas jusqu'au rebord des fausses

côtes, sans laisser aucune trace de l'espace semi-lunaire de Traube. Dans toute cette zone de matité, y compris la région sous-claviculaire, les vibrations thoraciques sont abolies. Les bruits respiratoires n'ont pas disparu tout à fait dans une aussi grande étendue : on perçoit en effet, dans la fosse sus-épineuse et surtout sous la clavicule, dans le premier espace intercostal, un bruit légèrement soufflant qui ressemble au murmure respiratoire modifié et n'a pas le timbre amphorique ; le tintement métallique manque et je m'efforce en vain de provoquer un bruit de succussion. Dans ces conditions, peut-on croire à la persistance du pneumothorax antérieur ? Cela me semblerait impossible, n'étaient les résultats de l'auscultation plessimétrique. L'oreille appliquée sous la clavicule, tandis que le doigt percute un point quelconque du tiers supérieur de la cage thoracique à gauche, ne perçoit pas le bruit d'airain typique, mais une résonnance métallique, qui fait défaut inférieurement du même côté et dans tout le côté sain.

Je me demande si ce seul signe permet d'affirmer la persistance à l'état latent, du pneumothorax, dont le malade constatait encore la présence deux ou trois semaines avant la ponction.

Depuis cette opération, les doigts appliqués dans les 6, 7 et 8^e espaces intercostaux, ne reçoivent plus les pulsations dont j'ai parlé, mais la main appliquée à plat au-dessous et un peu en dehors du mamelon gauche, sent très nettement, à chaque contraction cardiaque, un soulèvement en masse de la paroi thoracique, d'ailleurs appréciable à la vue avec un peu d'attention. L'empyème demeure pulsatile, mais il faut chercher ce signe qui ne saute pas aux yeux comme souvent ; on peut le dénommer un empyème pulsatile latent.

L'examen microscopique du pus retiré de la plèvre est fait avec beaucoup d'obligeance par le docteur Leredde, ancien interne des hôpitaux, il montre que ce pus contient :

- 1^o De la fibrine formant des faisceaux allongés ;
- 2^o Des amas qui ont les caractères de la matière caséeuse, ces amas ne contiennent pas de noyaux ;
- 3^o Des noyaux très altérés, paraissant appartenir, en général, à des leucocytes polynucléaires en désintégration : les noyaux sont toujours vitreux, à côté des plus gros on en voit de fragmentés de toutes dimensions ;

4° Des granulations rondes comme émulsionnées, dont on ne peut déterminer la signification, elles se colorent exactement comme les noyaux, et on peut admettre l'hypothèse qu'il s'agit de noyaux détruits.

Par aucun procédé de coloration on ne réussit à trouver dans ce pus des microbes ; en particulier, on n'y trouve pas de bacilles tuberculeux. Avec ce pus, deux cobayes ont été inoculés qui seront plus tard sacrifiés.

En résumé, le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est porteur, depuis deux ans et demi, d'un épanchement purulent très vraisemblablement de nature tuberculeuse, ou mieux d'un vaste abcès froid de la plèvre gauche, qui s'accompagne d'un état relativement satisfaisant et lui permet, malgré la suppression complète des fonctions de tout un pōumon, de vaquer à des occupations n'exigeant pas, il est vrai, une grande dépense de forces musculaires.

M. BÉCLÈRE (*Société médicale des Hôpitaux*, 23 juillet 1897)

Trois ans sont écoulés depuis la ponction dont je vous ai parlé, aucune autre ne l'a suivie : c'est la première et la dernière intervention qu'ait subie l'homme que vous voyez aujourd'hui en si bon état. Il se sent plus fort et plus dispos qu'avant sa maladie, mange très bien, dort de même, ne crache pas, ne tousse pas et grimpe les escaliers au pas de course, comme je l'ai vu, sans aucun essoufflement.

Localement, l'aspect extérieur du thorax est celui qu'a décrit Laënnec à la suite de certaines pleurésies de longue durée. Il existe de la rétraction du côté gauche, avec abaissement de l'épaule, et déviation de la colonne vertébrale. Les signes physiques sont ceux que donnent les symphyses pleurales très épaisses. La matité est absolue dans le 1/3 inférieur de la cavité pleurale gauche, et ferait penser à la persistance d'un épanchement liquide en certaine quantité, si le murmure respiratoire ne s'entendait, d'ailleurs très faible, et si les vibrations thoraciques, également très diminuées, n'étaient perçues en cette région.

Ces signes et surtout la rétraction du thorax à gauche, me font croire que l'épanchement est complètement résorbé. Les battements du cœur sont sentis au palper dans le cinquième espace intercostal

gauche, au voisinage du mamelon ; le cœur a donc repris sa place, il est même quelque peu attiré à gauche. Un examen radioscopique fait avec M. Oudin, nous a montré que la base du cœur ne débordait pas la colonne vertébrale à droite, comme il est de règle à l'état physiologique.

En résumé, cette observation vient s'ajouter à d'autres, pour démontrer que la pleurésie purulente tuberculeuse, l'abcès froid de la plèvre, peut guérir parfaitement, sans ouverture large du thorax à la suite de simples ponctions.

Ce qui fait l'originalité du cas en question, c'est qu'une simple et unique ponction a suffi pour aider à la guérison. Aucune injection modificatrice n'a suivi cette ponction. S'il en avait été autrement et si une substance quelconque, une solution de bleu de méthylène, par exemple, avait été injectée dans la plèvre, cette injection aurait paru faire merveille, on aurait été tenté de lui attribuer l'heureux résultat final.

Plusieurs fois déjà, nous avons entendu ici discuter sur la plus ou moins grande efficacité thérapeutique des injections antiseptiques ou modificatrices dans les inflammations tuberculeuses des membranes séreuses, plèvre ou péritoine.

Je me garde bien de nier l'utilité de ces injections, je me contente de croire qu'elle n'est pas rigoureusement démontrée, et l'exemple de faits tels que celui-ci, où la disparition de l'épanchement est survenue sans injections d'aucune sorte, donne à penser qu'il est très difficile de faire la part de ce qui revient à ces injections, dans le processus curateur, quand le succès les accompagne.

OBSERVATION XXI, M. BÉCLÈRE, *Société médicale des Hôpitaux*,
15 juillet 1898 (*Résumée.*)

Abcès froid de la plèvre gauche. — Début brusque. — Déviation considérable du cœur à droite. — 1 thoracentèse, 5 l. 1/2.

Hôpital Tenon, salle Pidoux, l. 29. Homme de 30 ans, fortement musclé et bonne santé habituelle.

La maladie débute brusquement le 20 juillet 1897 par un point de côté, de la toux et de la fièvre pendant 12 jours. Le malade fait un séjour très court à Lariboisière, pendant lequel on le ponctionne.

On retire un verre environ de liquide clair. Il sort fin août, et reprend son métier d'homme de peine, sans éprouver pendant près d'un an, autre chose qu'une légère oppression, mais progressive.

Il entre le 26 mai dans le service de M. Bédère, à Tenon. On constate : ampliation du côté gauche, déviation de la clavicule, abaissement du rebord costal, immobilité des côtes pendant les mouvements respiratoires. L'appendice xyphoïde est déjeté de 2 centim. $1/2$ à gauche.

À droite, on constate des mouvements ondulatoires de la paroi. Les battements sont visibles dans les 2^e, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e espaces intercostaux. Dans ce dernier espace le maximum est à 15 centimètres de la ligne médiane.

La matité est absolue à gauche, les vibrations thoraciques sont abolies.

Le murmure respiratoire est remplacé par un bruit sourd ; ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. La dyspnée n'apparaît que pendant les efforts.

L'appétit est conservé et depuis un an le malade dit avoir maigri de 7 à 8 kilos.

La ponction explorative confirme le diagnostic d'abcès froid et donne un liquide séro-purulent.

Une épreuve radiographique prouve le refoulement en masse du cœur.

Le 11 juin, une ponction capillaire sans aspiration donne 5 l. $1/2$ de liquide.

Le 12 juin, le cœur revient à sa place normale.

Le 14 juin, apparition d'un pneumo-thorax sans que le malade en ressente ni gêne respiratoire, ni douleur violente.

Nouvel examen radioscopique, qui montre le poumon rétracté vers le hile, et nageant à la surface du pus, dont l'écran fluorescent permet de voir les ondulations.

(L'observation est muette sur la marche ultérieure de la maladie).

BIBLIOGRAPHIE

- V. WIDAL. — Pleurésie. *Dictionnaire Dechambre*.
- F. WIDAL. — Plèvres, — — —
- FERNET. — Plèvres. *Dictionnaire Jaccoud*.
- FERNET et d'HEILLY. — Pleurésie — — —
- NETTER. — Pleurésie purulente. *Traité de médecine*.
- PEYROT. — Pleurésie purulente. *Traité de chirurgie*.
- COURTOIS-SUFFIT. — Pleurésie. *Manuel de médecine*.
- MANQUAT. — *Traité des pleurésies. Traité de thérapeutique* (Robin).
- RENAUT. — Histologie T. I, p. 260 et 39.
- CORNIL et RANVIER. — *An. et hist. pathologiques*.
- LETULLE. — *An. path.* T. I, 404-417.
- ZIEGLER. — *An. pathol.*
- COYNE. — *An. pathol.*
- BARD. — *An. pathol.*
- STRAUSS. — *La tuberculose et son bacille*.
1844. OULMONT. — *Th. Paris. Recherches sur la pleurésie chronique*.
1853. ARAN. — *Union médicale*, 20 et 27 août.
1857. BAMBERGER. — *Des maladies du cœur*.
1861. BAZIN. — *Traité de la scrofule*, 2^e éd.
1864. MARCOWITZ. — *Th., Paris. Recherches sur les différentes esp. d'épanch. pleurét. et sur leur trait. médical et chirurgical*.
1869. DAMASCHINO. — *Th. ag.*, Paris. De la pleurésie purulente.
1868. ATTIMONT. — Considérat. sur les résultats de la thoracenthèse dans la pleurésie purulente.

1874. GUÉNEAU DE MUSSY. — *Clinique médicale*. T. I.
1877. GUTTMANN. — *Traité de diagn. des mal. des org. thoraciques et abdominaux*. Trad. française, Hahn.
1879. MOUTARD-MARTIN. — *Th.*, Paris. Etude sur les pleurésies hémorrhag. néo-membraneuse, tuberculeuse et cancéreuse.
1881. SAINTON. — *Th.*, Paris. Variété latente et bénigne d'empyème.
1886. KELSCH et VAILLARD. — *Archives de physiologie*, p, 215.
1887. DEBOVE. — *Soc. méd. des hôpitaux*, février.
— DESPLATS. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 25 février.
— BARTH et ROGER. — 11^e éd. *Traité d'auscultation*.
— Société de médecine de Nancy. *Revue médicale de l'Est*.
1888. DESPLATS. — *Semaine médicale*, 18 juillet.
— BOUVERET. — *Traité de l'empyème*.
1889. VATÉ. — *Th.*, Nancy. Pleurésie purulente latente.
— RENVERS. — *Charité annalen*, p. 188. Etude clinique et traitement de l'empyème.
1890 BICHORST. — *Traité de diagnostic médical*.
1891 COURTOIS-SUFFIT. — *Th.*, Paris. Les pleur. purulentes.
1891 PIOTAY. — *Th.*, Paris. Des pleurésies tuberculeuses.
1892 BARD. — *Lyon médical*. Déc. et janvier, 1893.
1892 DEBOVE et COURTOIS-SUFFIT. — *Traitement des pleur. purulentes*.
1892 PRAT. — *Th.*, Paris.
1896 PITRES. — *Archives cliniques de Bordeaux*.
1896 PÉRON. — *Th.*, Paris. Recherches anatomiques et expérimentales sur la tuberc. de la plèvre.
1897 BARD. — *Médecine moderne*, 24 mars.
1897 BÉCLÈRE. — *Société médicale des Hôpitaux*, 23 juillet et 15 juillet, 1898.
1898 SIGNEUX. — *Th.* Paris. *Radiographie dans les déplacements du cœur par épanchements pleuraux*.
1898. VERMOREL. — *Thèse*, Paris. L'inflammation pleurale.
1898 CARRIÈRE. — *Presse médicale*. 17 déc.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
